



Nordiske initiativer til nedbringelse af sygefravær



TemaNord 2005:524
ISBN 92-893-1140-1
Grafisk produktion: Kailow Graphic
Oplag: 1.500

Det nordiske samarbejde

Det nordiske samarbejde er et af de ældste og mest omfattende regionale samarbejder i verden. Det omfatter Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige samt Færøerne, Grønland og Åland. Samarbejdet styrker samhørigheden mellem de nordiske lande med respekt for de nationale forskelle og ligheder. Det øger mulighederne for at hævde Nordens interesser i omverdenen og fremme det gode naboskab.

Samarbejdet blev formaliseret i 1952 med Nordisk Råds oprettelse som forum for parlamentarikerne og regeringerne i de nordiske lande. I 1962 underskrev de nordiske lande Helsingforsaftalen, som siden har været den grundlæggende ramme for det nordiske samarbejde. I 1971 blev Nordisk Ministerråd oprettet som det formelle forum til at varetage samarbejdet mellem de nordiske regeringer og de politiske ledelser i de selvstyrende områder, Færøerne, Grønland og Åland.

Forord

Det danske formandskab for Nordisk Ministerråd i 2005 har valgt „nedbringelse af sygefravær“ som et af sine temaer. Det er der flere grunde til. For det første er sygefravær en væsentlig samfundsøkonomisk problemstilling i flere nordiske lande – og fravær som følge af sygdom kan endvidere være et alvorligt menneskeligt problem.

Hver dag er der et meget stort antal mennesker, der er sygemeldte i de 5 nordiske lande. Sygdom – og dermed fravær fra arbejde – kan skyldes mange forhold. Meget skyldes almindelig sygdom som f.eks. influenza, men vi taler også om alvorlig sygdom, og sygdom som er forårsaget af en arbejdsulykke eller et mindre godt arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Så sygefravær er en problemstilling, som har mange sider, og som der bør gøres en bred indsats for at begrænse.

Samtidig står vi overfor en stor udfordring i de kommende år. Den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre og færre unge. Der er derfor behov for initiativer for at sikre den størst mulige arbejdsstyrke fremover. Nedbringelse af sygefravær er ét, ud af en lang række områder, der satses på.

Flere af de nordiske lande har inden for de seneste 5 år iværksat initiativer, der har det fælles formål at nedbringe sygefraværet. Flere af initiativerne har medført helt nye indsatsområder, og der har været muligheder for at se på tværs af landene, og få ideer. Det er sket på en række områder, hvor det kan ses, at et sygefraværsmålsinitiativ har spredt sig fra det ene nordiske land til et andet.

I flere nordiske lande er der gennemført omfattende reformer til nedbringelse af sygefravær. De væsentligste satsningsområder bygger på virksomhedernes rolle, samarbejde mellem det offentlige og virksomhederne, opfølgningsindsatsen i forhold til den enkelte sygemeldte, og spørgsmålet om deltidssygemelding.

I Danmark er vi i øjeblikket meget opsat på at få gennemført de initiativer, der ligger i den samlede handlingsplan for at nedbringe sygefraværet.

Flere nordiske lande har satset på nogle af de samme indsatsområder, men der er også forskelligheder. Fælles er, at initiativerne er nye – eller er på vej mod gennemførelse – og at vi derfor endnu ikke kan sige meget om, hvordan de virker. Der er behov for, at følge initiativerne fremover, og sammenligne erfaringerne mellem landene. Også i forbindelse med erfaringsopsamlingen må vi lade os inspirere af hinanden.

Denne publikation har til formål at give et overblik over de væsentligste problemstillinger på sygefraværsmålsområdet, og samtidig give et overblik over, hvad de enkelte lande har gjort. Publikationen er udarbejdet som en baggrundsrapport til den nordiske konference om sygefravær, der afholdes i København d. 25. april 2005.

Det er mit håb, at vi med denne publikation og konferencen i København, kan give inspiration til at fortsætte det vigtige arbejde med at nedbringe sygefraværet i de nordiske lande.



Claus Hjort Frederiksen
Beskæftigelsesminister

Indholdsfortegnelse

1. Indledning og sammenfatning	7
2. Indretning af sygedagpengesystemerne i de nordiske lande	11
2.1 Indledning	11
2.2 Danmark	13
2.3 Sverige	15
2.4 Norge	15
2.5 Finland	16
2.6 Island	17
2.7 Sammenfatning	17
3. Sygefraværet i tal	19
3.1 Indledning	19
3.2 Befolkning, arbejdsstyrke og erhvervsstruktur	19
3.3 Det samlede sygefravær	21
3.4 Personer på sygedagpenge	22
3.5 Varigheden af sygefravær	23
3.6 Risiko for udstødning ved langvarigt sygdom	24
3.7 Andre variationer i sygefraværet	24
3.8 Afslutningen af et sygefraværsforløb	25
3.9 Udgifter i forbindelse med sygdom	26
4. Landenes initiativer på sygefraværsområdet	29
4.1 Indledning	29
4.2 Sammenfatning	29
4.3 Danmarks initiativer på sygefraværsområdet	33
4.4 Norges initiativer på sygefraværsområdet	41
4.5 Sveriges initiativer på sygefraværsområdet	49
4.6 Finlands initiativer på sygefraværsområdet	59
4.7 Islands initiativer på sygefraværsområdet	65
4.8 Sammenfatning	67
5. Hvad siger forskningen om sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejdet?	69
5.1 En teoretisk ramme for sygefraværsforskning	70
5.2 De nyeste forskningsresultater	71
5.3 Sygefraværsforskning inden for arbejdsmiljøområdet i de nordiske lande	73
Litteraturliste til kapitel 5	79



1. Indledning og sammenfatning

I de seneste år er der iværksat en lang række af initiativer, der har til formål at nedbringe sygefraværet i de nordiske lande. Denne publikation giver en samlet fremstilling af de væsentligste initiativer i landene. Publikationen giver også en samlet fremstilling af sygefraværets omfang og karakter, samt en overordnet beskrivelse af sygefraværs-systemernes indretning i de enkelte lande. Forskelle mellem sygefraværsregler – og landenes systemer – har således betydning for både sygefraværets omfang, men også de konkrete problemstillinger, der er i de enkelte lande.

Der er gennemført mange forskellige initiativer i Norden de seneste år, som retter sig mod forskellige grupper; borgere, virksomheder, sundhedssystemet, kommuner mv. Publikationen kan ikke rumme dem alle, men giver et indblik i, hvad der sker på sygefraværsområdet.

Publikationen er en baggrundsrapport til brug for konferencen den 25. april 2005 i København om sygefravær i de nordiske lande.

Det danske Beskæftigelsesministerium er initiativtager til udarbejdelse af publikationen, og der har været nedsat en fælles-nordisk arbejdsgruppe med en repræsentant fra hvert land. Deltagerne har bidraget med statistiske oplysninger, og beskrivelser af de komplekse systemer, der er i de enkelte lande.

Samtidig har hvert enkelt land udarbejdet et afsnit, hvor de væsentligste problemstillinger i landet er beskrevet. Afsnittene indeholder et overblik over de politiske processer og initiativer, der er iværksat. Disse beskrivelser er gengivet i publikationen i den form – og på det sprog (dansk, svensk eller norsk) – de enkelte lande har valgt. Publikationen er finansieret af Nordisk Ministerråd.

Publikationen indeholder 4 hovedafsnit om:

- Sygedagpengesystemernes indretning i de nordiske lande
- Omfanget af sygefravær i landene
- Beskrivelser fra de nordiske lande om landets politiske initiativer
- Bidrag fra forskerne om årsager til sygefravær

Sygedagpenge- systemernes indretning

Mellem de nordiske lande er der store forskelle i de administrative systemer og regler, der regulerer mulighederne for at modtage ydelser under sygdom. Der er også forskelle i rettigheder, varigheder og beløbsgrænser i forbindelse med modtagelse af ydelser under sygdom.

Hvem administrerer reglerne, og hvem udbetaler og finansierer ydelserne? Der er faktisk store variationer mellem landene i, om virksomheder, det offentlige eller forskellige forsikringsordninger finansierer ydelser til sygemeldte. Og der er store forskelle i regler, retningslinier og procedurer for opfølgning i forhold til den enkelte sygemeldte. Dette er et område, hvor flere lande har satset på forbedringer i forbindelse med en styrket indsats for nedbringelse af sygefravær.

Sygefraværet i tal

Det er yderst vanskeligt at sammenligne omfanget af sygefravær på tværs af lande, blandt andet fordi størrelsen af sygefravær afhænger af definitionen af sygefravær, og fordi landenes forskellige systemer har en betydning.

Når landenes sygefravær sammenlignes, ser man en stor overordnet variation i omfanget af sygefravær. I Sverige og Norge er der omkring dobbelt så mange der berøres af sygefravær af mindst en uges varighed, som i Danmark og Finland. En anden ting, der springer i øjnene er, at sygefraværet er lavt – og faldende – i Island. I Danmark og Finland har sygefraværet ligget stabilt i en længere periode, mens det i Norge er steget siden 1995 og i Sverige siden 1998. De seneste tal for 2004 tyder dog på, at sygefraværet nu er ved at falde i begge lande.

Der er også forskelle på, hvor længe personer gennemsnitligt er syge i landene, selv om erhvervsstrukturen i landene ikke afviger væsentligt. Fælles for landene er, at der er generelle forskelle i sygefraværet med hensyn til køn, alder og sektor/branche. Kvinder er generelt mere syge end mænd – og ældre mere syge end yngre.

På trods af, at kvinder generelt er mere syge end mænd, har mænd generelt en større andel af længerevarende sygefravær end kvinder, dog på nær af i Danmark, hvor kvinderne har den største andel af det langvarige sygefravær.

Initiativer i de enkelte nordiske lande

Hvert af de nordiske lande har skrevet et afsnit, der beskriver landets initiativer på sygefraværsområdet. Særligt Sverige, Norge og Danmark har gennemført – eller er på vej til det – en række forskellige initiativer for at nedbringe sygefraværet. Initiativerne er relativt nye, og det er derfor ikke umiddelbart muligt at drage mange konklusioner om landenes erfaringer med initiativerne.

Beskrivelserne fra landene viser, at nedbringelse af sygefravær er højt prioriteret i de nordiske lande. Sygefravær opfattes som et alvorligt samfundsmæssigt og menneskeligt problem, som der er stor politisk vilje til at sætte ind overfor. Når landenes initiativer ses i en sammenhæng fremgår det, at landene allerede har ladet sig inspirere af hinanden.

Anvendelsen af delvis sygemelding er et godt eksempel på, hvordan et instrument til nedbringelse af sygefravær – i forskellige variationer tilpasset det enkelte lands systemer – har spredt sig fra et nordisk land til flere af de øvrige.

Særligt fire områder går igen i flere af landene; styrkelse af indsatsen på virksomhederne og kontakt til den sygemeldte, øget fokus på rettidig og tilstrækkelig opfølgning overfor den sygemeldte, fokus på forbedring af arbejdsmiljøet, samt bedre statistisk belysning af sygefraværets omfang og de økonomiske omkostninger.

De kommende år er landenes indsatser for at nedbringe sygefraværet koncentreret om at implementere, justere og evaluere de initiativer, der er besluttet. I forbindelse med videreudvikling af indsatsen – og vurdering af om den virker – er der god mening i at se på tværs af landene, og inddrage erfaringer fra de andre nordiske lande.

Forskernes forklaring på årsager til sygefravær

Publikationen indeholder et kapitel om de nyeste resultater inden for forskning i sygefravær. Det ses, at særligt de psykiske faktorer som f.eks. stress på arbejdet, i stigende grad er en forklaring på sygefravær i modsætning til tidligere, hvor de fysiske faktorer spillede en større rolle.

Der er dog fortsat behov for ny viden på området. Kapitlet lægger op til nye områder, hvor der kan samles viden og erfaringer.

Publikationen er et forsøg på at samle den væsentligste viden og information om sygefravær i de nordiske lande. Der er derfor også relativt tekniske beskrivelser af f.eks. sygedagpengesystemernes indretning i de enkelte lande. Og tallene viser komplekse sammenhænge, som blandt andet kan begrundes i den måde sygefraværssystemerne er indrettet på i de enkelte lande.

Det er håbet, at deltagerne på konferencen d. 25. april i København – samt øvrige interesserede – får mulighed for at få ny viden på området, og at der i de kommende år fortsat sker erfaringsudveksling og vidensopsamling på området.



2. Indretning af sygedagpengesystemerne i de nordiske lande

2.1 Indledning

Blandt de nordiske lande er der en del lighedspunkter, men også forskelle på, hvordan regler og lovgivning om økonomisk kompensation ved uarbejdsdygtighed pga. sygdom er bygget op. I dette kapitel gives et overblik over de væsentligste karakteristika ved de enkelte landes „systemer“.

Kapitlet beskriver hvor længe, af hvem, hvor meget og under hvilke betingelser, der ydes kompensation ved sygdom, samt hvordan administrationen og finansieringen af sygedagpengesystemerne er organiseret. I nogle lande afspejler beskrivelsen, at dele af de seneste initiativer til nedbringelse af sygefraværet allerede er iværksat, mens der på andre områder stadig udestår praktisk implementering. Især opfølgingsindsatsen har været/er under forandring i de fleste lande som en del af en styrket indsats for nedbringelse af sygefraværet. De seneste initiativer, der er gennemført i landene, er beskrevet i kapitel 4.

Især Island adskiller sig fra de øvrige nordiske lande ved meget lave sygedagpenge fra det offentlige, og ved ordninger, der hovedsageligt er aftalt i overenskomsterne. Danmark, Finland, Norge og Sverige er karakteriseret ved systemer, hvor arbejdsgiver ifølge lovgivningen betaler udgifterne til sygedagpenge/sygeløn i en vis lovbunden arbejdsgiverperiode, hvorefter det offentlige overtager forpligtelsen. Blandt disse lande er der dog også væsentlige forskelle. Både sygedagpengenes størrelse og selve organiseringen af sygedagpengesystemerne varierer. Også virksomhedernes rolle i arbejdsfastholdelses- og opfølgingsindsatsen veksler fra land til land.

Arbejdsgiverperiode i alle lande

I alle de nordiske lande er der i starten af en sygdomsperiode en arbejdsgiverperiode, som generelt er på 2 uger. Dog ikke i Norge, hvor den er på 16 kalenderdage, samt i Island, hvor den er aftale- og anciennitetsbestemt og udbetales gennem sygefonden. I denne periode er det arbejdsgiveren, som udbetaler sygeløn eller sygedagpenge.

Endvidere er der i alle lande overenskomster som gør, at arbejdsgiverens forpligtelser i nogle brancher er længere end den lovfastsatte arbejdsgiverperiode. Det varierer noget mellem brancher og lande, om der gives fuld løn under sygdom, og hvor længe.

I nedenstående skema 2.1. ses en oversigt over fra hvem og hvor længe, der ydes kompensation under sygdom til lønmodtagere i de nordiske lande.

Skema 2.1 Kontantstøtte* til lønmodtagere i forbindelse med sygdom, januar 2005

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Den maksimale periode, hvori der kan udbetales sygedagpenge	52 uger inden for 1 ½ år ¹⁾	52 uger inden for to år	52 uger inden for to år	52 uger inden for tre år	Ingen tidsbegrænsning
Findes der en karenperiode?	Nej	Nej ²⁾	Ja, 15 dage, hvis antal sygedage overstiger 21 ³⁾	Nej	Ja, 1 dag
Arbejdsgiverperiodens længde	14 kalenderdage	10 hverdage	Anciennitets og aftalebestemt ⁴⁾	16 kalenderdage	14 kalenderdage ⁵⁾
Udbetales der løn under sygdom fastsat ved lov?	Ja ⁶⁾	Ja ²⁾	Ja	Ja	Ja ⁷⁾
Udbetales der løn under sygdom efter aftale?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

* Med kontantstøtte menes sygedagpenge eller løn.

1 I en række tilfælde er der mulighed for at få forlænget dagpengeperioden. Det gælder for eksempel hvis det anses for overvejende sandsynligt, at revalidering kan iværksættes, og når der er påbegyndt en sag om førtidspension. Desuden kan dagpengeperioden forlænges med 2x26 uger ved alvorlig sygdom eller arbejdsskade.

2 Der betales ikke sygedagpenge for den dag den ansatte bliver syg, samt de følgende 9 hverdage. I den periode betaler arbejdsgiveren fuld løn i henhold til lovgivningen. Hvor der ikke er arbejdsgiverperiode, er der en karenperiode på disse 10 hverdage.

3 Hos trykdekantoret. Fra de enkelte sygefonde, kan det variere fra 3 dage, hvis sygefravær overstiger 15 dage.

4 På det almindelige arbejdsmarked optjenes for hver måneds ansættelse – ifølge aftale – ret til 2 sygefraværssage, som kumulerer til 3 måneder. For medlemmer af handelellforbundet dog op til 6 måneder, og for statsansatte op til 12 måneder.

5 Inden for arbejdsgiverperioden er der én karenssdag. Dette gælder også for personer, der ikke er i et arbejdsforhold.

6 For personer ansat under funktionærloven udbetales der løn under sygdom fastsat ved lov.

7 I arbejdsgiverperioden betales 80 pct. af lønnen.

Offentlige ydelser under sygdom

En periode med længerevarende sygdom vil resultere i sygedagpenge fra det offentlige. Bortset fra i Sverige, er der i alle de nordiske lande en varighedsbegrænsning på sygedagpenge fra det offentlige på 1 år.

Størrelsen af sygedagpengene fra det offentlige varierer ligeledes en del i de nordiske lande. I Island er der tale om et fast beløb svarende til 537 DKK om ugen, imens det i de øvrige lande er afhængig af arbejdsindkomst og arbejdstid. Beløbet varierer fra et maksimum på 3.267 DKK i Danmark, til 6.144 DKK i Norge.

Beregning af sygedagpenge

I Danmark beregnes sygedagpenge som udgangspunkt som 100 pct. af arbejdsindkomsten, men med et maksimumbeløb, der gør, at sygedagpengene kun for de færreste svarer til fuld løndækning. I Norge sker beregningen efter samme princip, men med et højere maksimumbeløb. I Finland beregnes sygedagpenge som 70 pct. af arbejdsindkomsten op til et vist niveau. For indkomst over dette niveau aftrappes kompensationsgraden til først 40 og derefter 25 pct., og der er således ikke noget loft på sygedagpengebeløbet. I Island ydes sygedagpenge som et fast beløb, der ikke er afhængig af arbejdsindkomsten. Endelig beregnes sygedagpenge i Sverige som 80 pct. af arbejdsindkomsten – og som i Danmark og Norge med et maksimumbeløb.

Fælles for de nordiske landes kompensationsgrad er, at der generelt er tale om et højt ydelsesniveau i forhold til niveauet i resten af Europa. I skema 2.2 ses en oversigt over sygedagpengenes størrelse.

Skema 2.2 Sygedagpenge til lønmodtagere i forbindelse med sygdom, januar 2005

	Danmark	Finland	Island*	Norge	Sverige
Minimumsbeløb pr. uge ¹⁾	Intet minimumsbeløb	68,7 EUR ²⁾ (511 DKK)	5.922 ISK (537 DKK)	565 NOK (512 DKK)	182 SEK (150 DKK)
Maksimumsbeløb pr. uge ¹⁾	3.267 DKK	Ingen øvre grænse	5.922 ISK (537 DKK)	6.782 NOK (6.144 DKK)	4.546 SEK (3.739 DKK)
Er dagpengene skattepligtige?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ydes der tillæg for børn?	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej

* I Island er kun medtaget sygedagpengene fra de offentlige trygdekontorer, og ikke bidrag fra sygefondene som varierer en del og kan være op til 80 pct. af lønnen.

¹⁾ Omregnet ved gennemsnitlig valutakurs januar 2005.

²⁾ Ved uarbejdsdygtighedsperioder, der varer mere end 55 dage (2004). Ellers ingen sygedagpenge ved årsindkomster under 1.027 EUR (2005). Personer der har en lille eller ingen indkomst kan modtage indkomstprøvede dagpenge ved uarbejdsdygtighed for perioder, der varer mere end 55 dage.

Virksomhedernes og arbejdsgivers forpligtelser

Særligt i Norge og Sverige er der fokus på arbejdsgivernes indsats og forpligtelser i forbindelse med nedbringelsen af sygefravær.

I Norge lægges der betydelig vægt på, at arbejdet med at nedbringe sygefraværet er forankret på den enkelte arbejdsplads – bl.a. via mulighed for samarbejdsaftaler mellem virksomheden og trygdeetaten. Arbejdsgiver skal senest inden 8 ugers sygemelding påbegynde udarbejdelse af en opfølgningsplan. Trygdeetaten skal senest efter 12 uger – ved fortsat sygemelding – efterspørge en sådan plan. Fra 1. juli 2005 er det vedtaget, at arbejdsgiveren skal have et medfinansieringsansvar på 10 pct. i hele sygedagpengeperioden.

I Sverige skal arbejdsgiver ved længerevarende sygdom aflevere en rehabiliteringsudredning, og ved fuldtidssygemeldinger er der arbejdsgivermedfinansiering på 15 pct. af sygedagpengeudgiften.

I forhold til Norge og Sverige, synes arbejdsgivers forpligtelser at være mindre i Danmark, Island og Finland. I stedet påhviler opfølgningsindsatsen i højere grad de offentlige myndigheder.

Særlige karakteristika for de enkelte lande

På områder som administration, finansiering, beskæftigelseskrav og opfølgning adskiller landene sig også fra hinanden. Eksempelvis er sygedagpengesystemerne i Sverige, Finland og Norge (efter arbejdsgiverperioden) bygget op omkring en obligatorisk forsikringsordning. Derimod er systemerne skattefinansierede i Danmark og Island. Nedenfor er redegjort for særlige kendetegn for de enkelte lande på disse områder.

2.2 Danmark

Administration og finansiering

Sygedagpengeområdet hører under Beskæftigelsesministeriet, hvor Arbejdsdirektoratet og Arbejdsmarkedsstyrelsen har ansvaret for koordination af opgaver på sygedagpengeområdet. Disse institutioner har også det overordnede ansvar for implementering af lovgivning m.v. og for at følge udviklingen.

I Danmark administreres reglerne om sygedagpenge af de enkelte kommuner, der også udbetaler sygedagpenge. De første 2 uger af et sygefraværsløb betales som udgangspunkt af arbejdsgiver. Kun i særlige tilfælde er det det offentlige, der betaler fra 1. fraværdsdag.

Udover den generelle ordning findes der en særlig forsikringsordning, hvor mindre private virksomheder og selvstændige kan modtage sygedagpenge fra det offentlige i de første 2 uger.

Kommunerne får 100 pct. statsrefusion for deres udgifter til sygedagpenge i de første 4 uger af et sygeforløb (det vil som oftest sige uge 3 og 4 pga. arbejdsgiverperioden). Fra 5. til og med 52. uge afholder stat og kommune hver 50 pct. af udgifterne. Herefter afholder kommunerne alle udgifter til sygedagpenge.

Beskæftigelseskrav

I Danmark ydes der sygedagpenge ved fuld eller delvis uarbejdsdygtighed på grund af sygdom til alle personer, der har en nærmere tilknytning til arbejdsmarkedet. Det vil sige personer, der har lønindtægt eller anden indtægt, der erstatter lønindtægt, eller som har indtægt gennem selvstændigt erhverv.

En lønmodtager har ret til sygedagpenge fra arbejdsgiveren i de to første uger af sygefraværet, hvis lønmodtageren har været ansat hos den pågældende arbejdsgiver i de sidste 8 uger før sygefraværet, og har været beskæftiget i mindst 74 timer i denne periode.

Der er efterfølgende ret til sygedagpenge fra kommunen, hvis lønmodtageren har været tilknyttet arbejdsmarkedet i mindst 13 uger før sygefraværet, og har været beskæftiget i mindst 120 timer. Kommunens dagpengeforpligtelse indtræder dagen efter, at retten til dagpenge fra arbejdsgiveren er ophørt.

Lønmodtagere, der er dagpengeberettiget medlem af en arbejdsløshedskasse (bl.a. forsikrede ledige), har også ret til sygedagpenge.

Selvstændige erhvervsdrivendes ret til dagpenge er betinget af, at den selvstændige erhvervsdrivende inden for de sidste 12 måneder har drevet selvstændig virksomhed i væsentlig omfang i mindst 6 måneder, heraf den seneste måned forud for fraværdsperioden. Erhvervsvirksomhed i væsentlig omfang svarer efter praksis til 18,5 timer pr. uge.

Opfølgning

Kommunen foretager opfølgning i sygedagpengesagen. Formålet med opfølgningen er at fastholde lønmodtageren på arbejdsmarkedet. Opfølgningen skal iværksættes senest 8 uger efter første fraværdsdag. Kommunen skal efterfølgende foretage opfølgning i den pågældende sygedagpengesag mindst hver 8. uge.

Ved opfølgningen skal kommunen vurdere, om der er behov for behandling, optræning, revalidering eller andre former for bistand til den sygemeldte og dennes familie. Hvis den sygemeldte ikke er i stand til at vende tilbage til arbejdsmarkedet, rejses der en sag om førtidspension.

Kommunen skal før den første opfølgning tage stilling til, om sygdommen eller sygdomsfrekvensen begrundes, at den sygemeldte skal indkaldes til en personlig samtale. Herudover fastlægger kommunen opfølgningsformen. Kommunen skal senest udarbejde en opfølgningsplan efter 6 måneder.

Opfølgningen skal ske i samarbejde med den sygemeldte, læger, hospitals- og revalideringsinstitutioner, arbejdsgiveren, de faglige organisationer og arbejdsformidlingen.

Sygedagpengene ophører som udgangspunkt med udgangen af 52. uge, medmindre der er grundlag for forlængelse. Kommunen skal dog senest 2 uger før sygedagpengene ophører tage stilling til, om der er behov for yderligere foranstaltninger for at bringe den sygemeldte tilbage til arbejdsmarkedet. Nye foranstaltninger skal sættes i værk i umiddelbar tilknytning til ophøret af den nuværende foranstaltning.

Kommunernes opfølgningsindsats ændres i forbindelse med en gennemførelse af handlingsplanen for nedbringelse af sygefravær, som er nærmere beskrevet i afsnit 4.3.

2.3 Sverige

Administration

I de første 14 dage administreres sygedagpengeordningen af arbejdsgiveren. Herefter overgår administrationen til Försäkringskassan, som er en statslig myndighed under Socialdepartementet.

Finansiering

Efter arbejdsgiverperioden finansieres sygedagpengene gennem en arbejdsgiverafgift (sjukförsäkringsavgift), som er på ca. 11 pct. af arbejdsgiverens lønomkostninger. Fra 1. januar 2005 medfinansierer den enkelte arbejdsgiver endvidere 15 pct. af sygedagpengene ved fuldtidssygemeldinger.

Beskæftigelseskrav

For ret til sygedagpenge er der krav om en årlig indkomst på mindst 9.456 SEK fra enten arbejde i 6 sammenhængende måneder, eller fra årligt tilbagevendende arbejde.

Opfølgning

Når der er udbetalt sygedagpenge i et år, skal Försäkningskassan afprøve retten til sygeerstatning (tidligere førtidspension).

En arbejdsgiver skal aflevere en rehabiliteringsudredning til Försäkringskassan når en ansat har været sygemeldt i over 4 uger. Udredningen skal afleveres til Försäkringskassan senest efter 8 ugers sygdom.

Försäkringskassan skal – hvis det ikke er unødvendigt – indkalde den forsikrede til et afstemningsmøde senest 2 uger efter arbejdsgiverens rehabiliteringsudredning er modtaget.

Försäkringskassan skal – hvis en forsikret har behov for en rehabiliteringsforanstaltning og skal have rehabiliteringsgodtgørelse – oprette en rehabiliteringsplan senest 2 uger efter rehabiliteringsudredningen er modtaget fra arbejdsgiveren.

2.4 Norge

Administration

Forvaltning af reglerne og udbetaling af sygedagpenge administreres af Rikstrygdeverket/ Trygdeetaten med Arbejds- og Socialdepartementet som ansvarligt departement.

Finansiering

Efter arbejdsgiverperioden på 16 dage, finansieres sygedagpengene fra folketrygden delvis gennem arbejdsgiverafgiften, og delvis gennem skat/trygdeafgiften.

Beskæftigelseskrav

Lønmodtagere med en årlig indtægt på mindst 29.389 NOK er berettiget til sygedagpenge under sygdom, som medfører uarbejdsdygtighed. Som hovedregel gælder endvidere, at lønmodtageren skal have været i beskæftigelse i mindst 4 uger.

Opfølgning

I Norge er der gennemført omfattende nye initiativer i opfølgningen på sygefraværsforløb.

Både ved førstegangs- og senere sygemeldinger skal en læge vurdere, om der er tungtvejende medicinske grunde til, at personen skal være borte fra arbejdet. Hvis sygemelding vurderes nødvendig, skal gradueret sygemelding være 1. alternativ og herefter skal aktiv sygemelding eventuelt vurderes.

Den sygemeldte skal så tidligt som muligt deltage i arbejdsrelateret aktivitet – enten ved gradueret sygemelding eller ved aktiv sygemelding. Ved sygemelding udover 8 uger uden deltagelse i arbejdsrelateret aktivitet, skal lægen sende en „udvidet lægeerklæring“, der dokumenterer de medicinske grunde. Hvis „udvidet lægeerklæring“ ikke foreligger, eller årsagen ikke falder under de lovbestemte undtagelser, skal sygedagpengene standses. Læger, der gentagne gange undlader at følge reglerne om sygemelding og dokumentation, risikerer at miste retten til at skrive lægeerklæringer som grundlag for offentlige ydelser.

Senest efter 8 ugers sygemelding, skal arbejdsgiver i samråd med arbejdstager udarbejde en opfølgningsplan for hurtigst muligt at få den sygemeldte tilbage til arbejde. Planen skal blandt andet indeholde en vurdering af personens arbejdsopgaver og restarbejdsevne, eventuelle tiltag, samt plan for videre opfølgning. Arbejdstageren har pligt til at medvirke til udarbejdelse og gennemførelse af planen. Hvis arbejdstageren ikke inden 12 uger er kommet i arbejdsrelateret aktivitet, skal trykdekortet indhente opfølgningsplan fra arbejdsgiveren.

Egenmelding

Om sygemelding

Arbejdstagere har efter folketrygdloven ret til egenmeldt fravær 4 x 3 dage i løbet af et år (fritaget for pligt til lægeerklæring). I virksomheder, som har indgået forpligtende samarbejdsaftale med trykdeetaten (se kapitel 4) har arbejdstagere ret til op til 24 dages egenmeldt fravær pr. år, maks. 8 dage pr. gang. Der er ikke noget i vejen for, at virksomheder kan aftale egenmeldingsordninger udover dette indenfor arbejdsgiverperioden.

Graduerede sygedagpenge

Graduerede sygedagpenge er en kombination af arbejde og sygedagpenge, som kan benyttes i tilfælde, hvor arbejdstageren er delvis uarbejdsdygtig. Sygedagpengene kan gradueres ned til 20 pct. Arbejdsgiveren og den delvis sygemeldte skal samarbejde om at finde frem til en funktionel og acceptabel arbejdstidsordning. De fleste delvist sygemeldte udfører deres sædvanlige arbejdsopgaver, men har nedsat arbejdstid.

Aktiv sygemelding

Aktiv sygemelding er et virkemiddel, som giver anledning til at udbetale sygedagpenge i forbindelse med aktivering eller arbejdsstræning på arbejdspladsen i 4 eller evt. 8 uger. Ved aktiv sygemelding kan den sygemeldte opretholde kontakten med arbejdspladsen, genoptage arbejdet gradvist og afprøve/afklare egen arbejdssevne. Ved aktiv sygemelding skal den sygemeldte ikke udføre nogle af sine sædvanlige arbejdsopgaver.

2.5 Finland

Administration

Folkpensionsanstalten har ansvaret for den obligatoriske sygeforsikring. Folkepensionsanstalten overvåger, at sygeforsikringsloven og de forordninger og forskrifter, som udfærdiges, gennemføres og følges. Arbetsplatskassorna deltager i administrationen.

Finansiering

Udgifterne til erstatninger og godtgørelser betales af sygeforsikringsfondens. Sygeforsikringsfondens udgifter finansieres af de forsikredes sygeforsikringspræmier og arbejdsgivernes sygeforsikringsafgifter, sygeforsikringsfondens indtægter, statens bidragsandel og øvrige eventuelle indtægter. Omkostningerne til minimumsdagpenge i

forbindelse med sygedagpenge finansieres af staten.

Beskæftigelseskrav

Sygedagpenge ydes som kompensation for indkomstbortfald til personer i alderen 16-67 år, der som følge af sygdom ikke er i stand til at udføre deres sædvanlige arbejde. Dagpenge udbetales både ved erhvervsarbejde, ved ikke selvforskyldt ledighed og ved eget arbejde – herunder arbejde i egen eller familiemedlems virksomhed, husholdningsarbejde og heltidsstudier.

For ret til sygedagpenge skal årsindkomsten være på mindst 1.027 EUR (2005). Personer med mindre eller ingen indkomst har dog ret til sygedagpengenes minimumsbeløb, hvis uarbejdsdygtigheden varer mere end 55 dage i træk.

Opfølgning

Lægeattest kræves almindeligvis fra 1. sygedag i den private sektor og fra 3. sygedag i den offentlige sektor.

Folkepensionsanstalten skal, når der er behov for det, undersøges den forsikredes behov for rehabilitering – dog senest når antallet af dage, som medregnes i maksimumperioden for sygedagpenge, overstiger 60 dage.

2.6 Island

Administration

Offentlige sygedagpenge administreres af Trygdekontoet. Ordninger, der er indgået som aftaler i overenskomsterne, administreres af de enkelte sygefonde.

Finansiering

Trygdekontoet er finansieret af staten. Sygefondene er finansieret af arbejdsgiverne, som ifølge loven indbetaler 1 pct. af lønsummen. Ifølge aftale kan arbejdsgivere indbetale mere til sygefondene.

Beskæftigelseskrav

For at have ret til fulde sygedagpenge fra Trygdekontoet, skal lønmodtageren have arbejdet fuld tid i mindst 2 måneder. Der kan udbetales delvise sygedagpenge til personer med deltidsarbejde. Beskæftigelseskravene fra sygefondene varierer, og varigheden af retten til sygeløn er afhængig af anciennitet.

Opfølgning

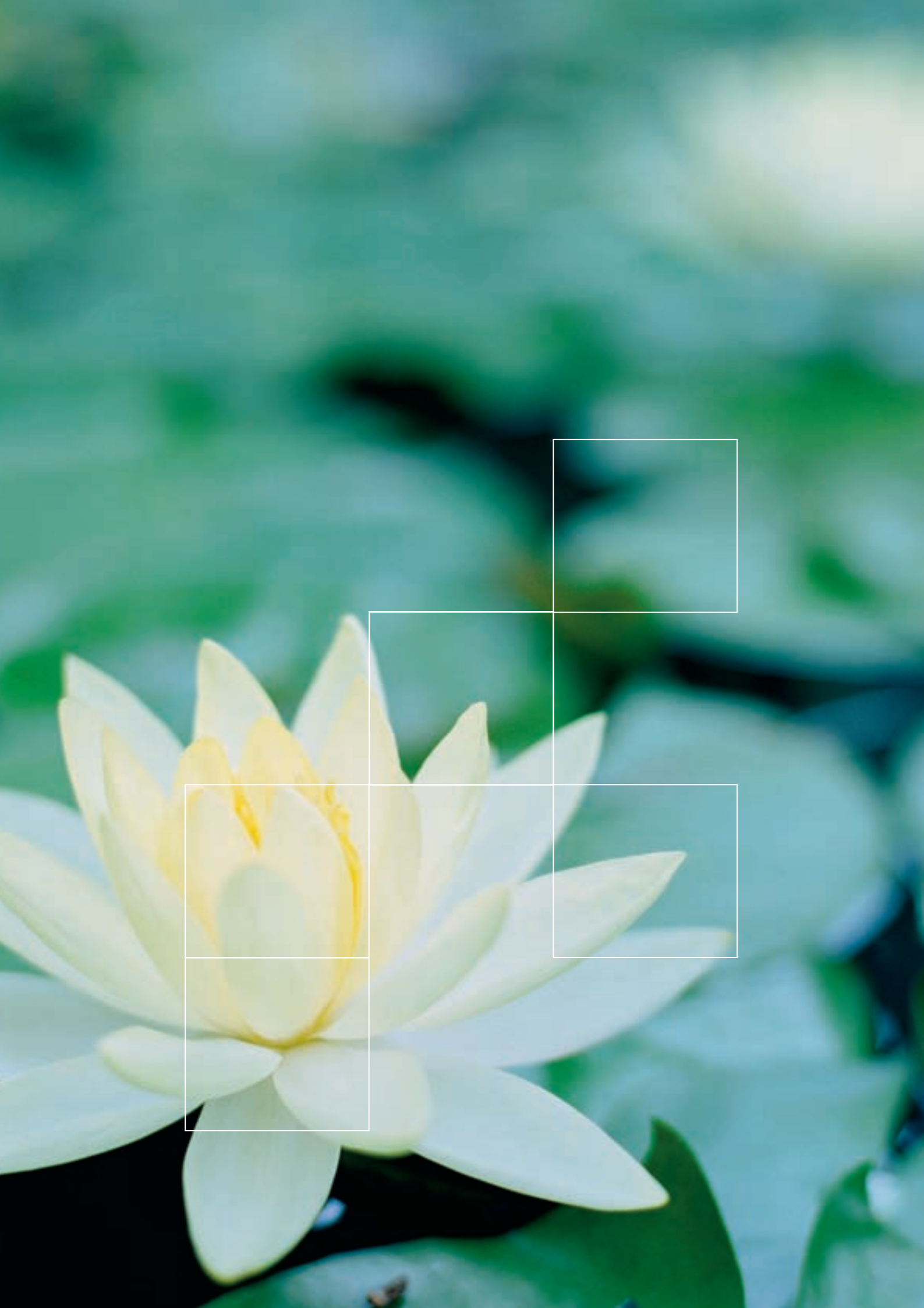
Bortset fra ved hospitalsindlæggelse, kræves der en lægeattest som dokumentation for uarbejdsdygtigheden. Lægeattesten er gyldig i 2 måneder, og ved længere sygefravær kræves ny lægeattest.

2.7 Sammenfatning

Som det fremgår af ovenstående, er der mellem de nordiske lande store forskelle i de administrative systemer og regler, der regulerer mulighederne for at modtage ydelser under sygdom. Der er også forskelle i rettigheder, varigheder og beløbsgrænser i forbindelse med modtagelse af ydelser under sygdom.

Der er ligeledes store variationer mellem landene i, om virksomheder, det offentlige eller forskellige forsikringsordninger finansierer ydelser til sygemeldte. Og der er store forskelle i regler, retningslinier og procedurer for opfølgning i forhold til den enkelte sygemeldte. Dette er et område, hvor flere lande har satset på forbedringer i forbindelse med en styrket indsats for nedbringelse af sygefravær.

Store forskelle i Norden



3. Sygefraværet i tal

3.1 Indledning

Der er en lang række tal og oplysninger, der er interessante, når sygefraværet i de nordiske skal belyses. I dette kapitel gives et overblik over de væsentligste tal, og der vises nogle hovedkonklusioner og forskelle mellem landene.

I kapitlet ses på det samlede omfang af sygefraværet i landene. Og sygefraværet analyseres blandt andet på varigheden, køn og alder, samt de offentlige udgifter til sygedagpenge.

Det skal understreges, at det er yderst vanskeligt at sammenligne omfanget af sygefravær på tværs af de nordiske lande. Det skyldes dels forskellige definitioner og opgørelsesmetoder, og dels de forskelle i sygedagpengesystemernes indretning, som er beskrevet tidligere. Samtidig er der nogle oplysninger, som ikke kan tilvejebringes i alle lande.

På trods af de problemer, der er på talsiden, er det alligevel tydeligt, at der er en række væsentlige forskelle mellem landene, og dermed også i de problemstillinger som landene står overfor. Det samlede sygefravær varierer i de nordiske lande, og udviklingen har også været meget forskellig på tværs af lande gennem de seneste år.

De store lande har et større sygefravær end de små, i absolutte størrelser. Det væsentlige er dog at se på det relative sygefravær, som siger noget om hvor stor en andel af arbejdsstyrken, som er fraværende som følge af sygefravær.

3.2 Befolkning, arbejdsstyrke og erhvervsfrekvenser

Landenes størrelse varierer fra en befolkning på 288.000 i Island til 8,9 mio. i Sverige. Andelen af befolkningen, som er i arbejdsstyrken varierer ligeledes fra 50 pct. i Finland og Sverige til 54 pct. i Island, jf. tabel 3.1.

Tabel 3.1. Befolkningen (0–99+ år) og arbejdsstyrken (16–64 år) (tusinde), 2003

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Befolkningen	5.384	5.206	288	4.552	8.940
Arbejdsstyrken	2.814	2.580	156	2.330	4.451
Pct. af befolkningen i arbejdsstyrken	52 %	50 %	54 %	51 %	50 %

Kilde: Nordisk Statistisk Årsbog

Finland har den laveste erhvervsfrekvens, idet kun 74 pct. af befolkningen i den arbejdsdygtige alder er i arbejdsstyrken. For personer over 55 år er erhvervsfrekvensen på 54 pct. I Danmark er dette tal på 61 pct., Sverige 72 pct., Norge 70 pct. og Island 86 pct., jf. tabel 3.2.

Store forskelle i sygefraværet i de nordiske lande

Befolkning og arbejdsstyrke

Erhvervsfrekvenser for arbejdsmarkedet

Små variationer i erhvervsstrukturen

Tabel 3.2. Erhvervsfrekvens, 2003

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Kvinder og mænd					
16–64 år	80%	74%	87%	79%	78%
55–64 år	61%	54%	86%	70%	72%
Kvinder					
16–64 år	76%	72%	84%	76%	76%
55–64 år	54%	52%	80%	65%	69%
Mænd					
16–64 år	85%	76%	90%	83%	80%
55–64 år	69%	55%	90%	75%	75%

Kilde: Nordisk Statistisk Årsbog

På trods af, at arbejdsmarkedene er forskellige i landene, er der overordnet set relativt små variationer i erhvervsstrukturen, jf. tabel 3.3. Der er således ikke ud fra den overordnede erhvervsstruktur forhold, der betinger, at der skulle være forskelle i sygefraværet.

Tabel 3.3. Erhvervsstruktur i form af beskæftigelsesandele (pct.), 2003

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Jordbrug, Skovbrug, Jagt og fiskeri	3	5	7	4	2
Minedrift, industri, elektricitet og vand	17	20	15	14	17
Byggesektoren	66	6	7	7	6
Handel, hotel og restaurant	18	15	17	18	15
Transport og kommunikation	6	7	6	7	7
Økonomi, forsikring, ejendomsmæglere og konto	14	13	13	12	15
Servicesektoren	36	33	35	38	38

Kilde: Nordisk Statistisk Årsbog

Begrænset statistik om sygefravær

Forskelle mellem landenes sygefravær kan altså ikke forklares af forskelle i arbejdsstyrken, eller forskelle i andelen af f.eks ældre i arbejdsstyrken, som generelt har større sygefravær end yngre.

Island adskiller sig f.eks fra de øvrige nordiske lande ved at have den højeste erhvervsdeltagelse, og et lavt sygefravær. Island har en erhvervsfrekvens på 87 pct., fordelt med 84 pct. af kvinderne og 90 pct. af mændene. Ligeledes bliver islændinge i arbejdsstyrken, selvom de bliver ældre, og der er derfor ikke samme aftagende erhvervsfrekvens for ældre, som der er i de øvrige nordiske lande, jf. tabel 3.2. Alligevel er sygefraværet relativt lavt i Island.

De nordiske lande har i forskellig grad opbygget statistikker m.v. der kan belyse omfanget af og udviklingen i sygefraværet. Fælles for landene er, at der er behov for nye initiativer på statistiksiden for bedre at kunne overvåge udviklingen, samt følge effekten af de initiativer, der gennemføres.

Island er det land, som har mindst viden om sygefraværets størrelse og karakteristika, eftersom der ikke eksisterer tilstrækkelig statistik eller data, som afdækker sygefraværet i landet. I dette kapitel vil der derfor være færre oplysninger om sygefraværet i Island i forhold til oplysningerne om de øvrige lande.

Flere lande – f.eks. Danmark og Sverige – har tidligere gennemført omfattende analyser af en række problemstillinger på sygefraværsområdet, hvilket har været en fordel i arbejdet med at belyse området på tværs af landene.

Betydelige variationer i landenes sygefravær

3.3 Det samlede sygefravær

Helt overordnet er der omkring dobbelt så mange personer, som berøres af sygefravær af mindst en uges varighed i Sverige og Norge, set i forhold til Danmark og Finland. Island skiller sig ud ved et meget lavt sygefravær, jf. figur 3.1.

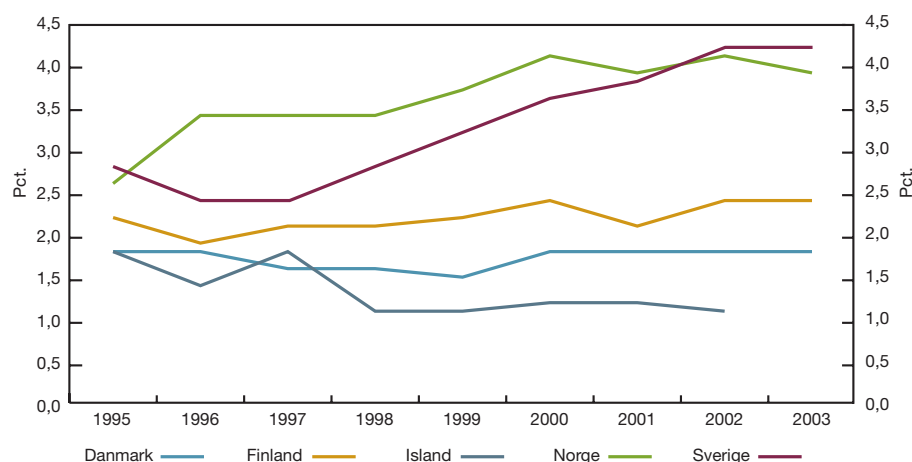
Tallene fremkommer ud fra den internationale arbejdskraftundersøgelse, som kan anvendes til at give et billede af sygefravær af over 1 uges varighed. Der foreligger ikke egentlige sammenlignelige statistikker over det samlede sygefravær til sammenligning mellem de nordiske lande.

Hvis vi ser bort fra de metodiske problemer, er det dog et klart billede, at der er niveauforskelle mellem lande, og at udviklingen i det samlede sygefravær varierer betydeligt mellem landene.

Siden 1995 er sygefraværet steget i Norge, og i Sverige siden 1998. Imidlertid lader det til, at udviklingen er vendt i begge lande, da foreløbige tal tyder på et faldende sygefravær i 2004.

I Danmark og Finland har sygefraværet derimod været næsten uændret, imens sygefraværet er faldet i perioden i Island.

Figur 3.1. Procent af beskæftigede berørt af sygefravær i mindst en hel uge pga. sygdom, 1995–2003*



Anm.: * Tallene er beregnet ud fra arbejdskraftundersøgelserne (AKU), som et gennemsnit af tællingerne. AKU'en baserer sig på spørgsmål til et udsnit af befolkningen i de respektive lande, og er således ikke en dækkende officiel statistik. Det er derfor heller ikke muligt at sammenligne tallene fra arbejdskraftundersøgelsen med de øvrige tal i dette kapitel.

Arbejdskraftundersøgelsen (AKU) er baseret på, at der ringes et par gange i løbet af året af tilfældige personer, som bliver spurgt om de har været syge hele den sidste uge. Da personen skal have været syg hele ugen inden opringningen, undervurderer AKU'en omfanget af det samlede sygefravær.

Sammenhæng mellem konjunkturerne og sygefraværet

I Sverige og Norge har sygefraværet været stigende, primært i perioden fra 1995 til 2000. I Sverige, og i 1990'erne også i Norge, har der været en sammenhæng mellem udviklingen i konjunkturerne, og udviklingen i sygefraværet. Analyser har vist, at når arbejdsløsheden er høj, er sygefraværet lavt, og vice versa. Denne sammenhæng er ikke umiddelbart konstateret i de øvrige nordiske lande i samme omfang.

Årsagerne til, at konjunkturer og sygefravær måske hænger sammen, kan være mange. F.eks vil „rummeligheden“ på mange virksomheder være stigende i gode tider, hvorfor der ansættes flere med eventuelle helbredsproblemer eller flere i job på særlige vilkår. Det betyder, at sygefraværet samlet set kan få en stigende tendens.

Omvendt, vil det formentlig også i mange tilfælde være sådan, at personer med megen sygdom, er dem der først risikerer at miste jobbet, når virksomheder reducerer medarbejderantallet i nedgangstider. Tilsvarende vil ansatte alt andet lige være mere tilbageholdende med at melde sig syge i perioder, hvor jobbet er mere usikkert.

Landene har indrettet forskellige systemer

Men også andre sammenhænge spiller ind, og som kan variere mellem lande. Der er næppe tvivl om, at de særlige forhold omkring de enkelte landes indretning af deres sygefraværssystem – herunder hvor lang tid man kan modtage offentlig ydelse og på hvilket niveau – har en betydning for, hvor højt sygefraværet er i de enkelte lande. I forrige kapitel så vi, at landene har indrettet sig meget forskelligt på disse områder.

I hovedtræk er det billedet, at f.eks. Norge kendetegnes ved at have en relativt høj kompensation, og at Sverige umiddelbart er kendetegnet ved en længere ydelsesperiode end andre lande. Island derimod har et lavere kompensationsniveau end de andre lande, hvilket også gælder for Finland. Dette er faktorer, som bl.a. i Sverige og Norge har været inddraget i de processer, der har ligget forud for gennemførelse af nye initiativer.

Samtidig er det sådan, at de forskellige landes ordninger varierer. I Sverige er årsagen til det generelle billede af et højere sygefravær, at man f.eks. kan medregne personer, som i et vist omfang i Danmark indgår som personer på førtidspension. Det er således ikke muligt at diskutere niveauet for et lands sygefravær, uden at diskutere de særlige forhold, der kendetegner det enkelte land.

3.4 Personer på sygedagpenge

I samtlige nordiske lande gælder, at man som hovedprincip ikke har ret til sygedagpenge fra det offentlige fra første sygedag – almindeligvis vil der være en arbejdsgrænsperiode før det offentlige træder til.

Store forskelle i antal personer på sygedagpenge

Antallet af helårspersoner som får sygedagpenge er mindst i Finland, hvor 1,9 pct. af arbejdsstyrken modtager sygedagpenge, og størst i Norge hvor 5,8 pct. af arbejdsstyrken modtager sygedagpenge, jf. tabel 3.4. En del af forskellen kan dog forklares ved, at tallene i Finland er eksklusiv sygedagpenge ved arbejdsskader og ulykker.

Sammenligningen skal endvidere tages med forbehold, da der ikke i statistikken kan nuanceres i alle lande for så vidt angår muligheden for delvis sygemelding. Delvis sygemelding tæller således med som fuld sygemelding i denne opgørelse. Denne problemstilling rykker dog ikke ved de overordnede konklusioner, da antallet af delvise sygemeldinger er relativt begrænsede i landene.

Tabel 3.4. Antal helårspersoner der modtager sygedagpenge i alt og i pct. af arbejdsstyrken fordelt på køn, 2003

	Danmark	Finland*	Norge	Sverige
Ialt	73.240	50.178	131.176	247.658
Kvinder	40.985	25.691	74.330	152.658
Mænd	32.255	24.487	56.846	95.000
Pct. af arbejdsstyrken	2,6	1,9	5,8	5,6
Kvinder	3,1	2,1	6,9	7,1
Mænd	2,2	1,8	4,7	4,2

Anm.: * Finland er eksklusiv sygedagpenge ved arbejdsskader eller ulykker, eftersom de findes i et separat system. Der foreligger ikke tal for Island.

Sygedagpenge er kun en delmængde af det samlede sygefravær

Perioder på sygedagpenge er dog kun en delmængde af det samlede sygefravær. Disse sygeforløb gælder typisk de lidt længerevarende forløb. De korte forløb af få dages varighed, f.eks. ved almindelig sygdom, er som hovedregel omfattet af arbejds-giverperioden, hvilket der ofte ikke foreligger statistik omkring, fordi der ikke foretages indberetning til det offentlige.

Det er derfor generelt vanskeligt at sige noget om størrelsen af det samlede sygefravær i det enkelte land. Det er således et generelt problem i alle landene, at der ikke eksisterer statistik over det korte arbejdsgiverfinansierede sygefravær, men kun over det lange sygefravær, hvor personen modtager sygedagpenge. Norge har som det eneste land allerede en national sygefraværstatistik, imens man i Danmark i øjeblikket er i gang med at få lavet en fuldt dækkende fraværstatistik, som også dækker andre fraværsområder end sygefravær.

Et betydeligt antal personer er væk fra arbejdsmarkedet årligt grundet sygefravær

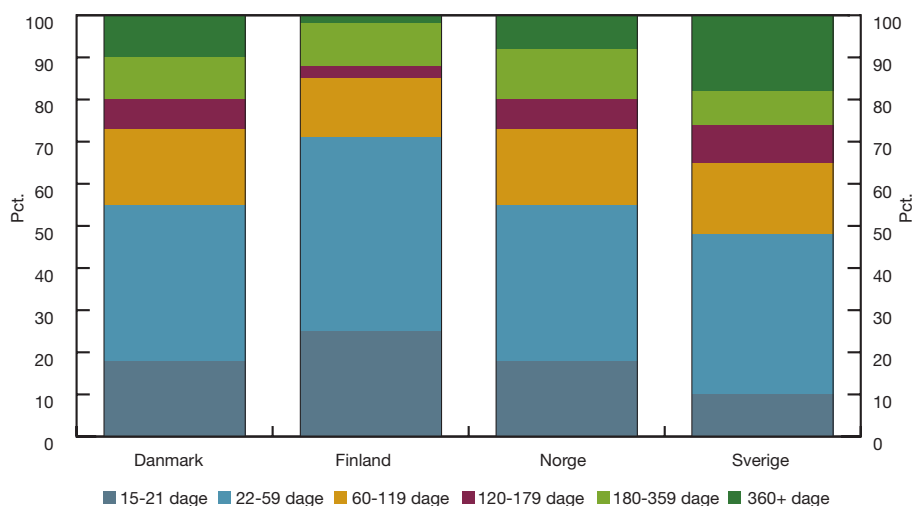
I Danmark skønnes sygefraværet at være på godt 140.000 helårspersoner svarende til 5,0 pct. af arbejdsstyrken. Dette betyder at sygefraværet i Danmark er af næsten samme størrelse som ledigheden. I Sverige er det tilsvarende tal på ca. 300.000 helårspersoner, svarende til 6,9 pct. af arbejdsstyrken. Der er således i begge lande tale om et betydeligt antal personer, som er væk fra arbejdsmarkedet på årsbasis, og der er af den grund tale om et væsentligt problem. De øvrige nordiske lande har ikke skøn over det samlede sygefravær.

3.5 Varigheden af sygefravær

Det lange sygefravær, defineret som sygefravær i mere end 14 dage, varierer også mellem landene.

I Danmark og Norge varer knap 20 pct. af sygefraværet mere end 180 dage, mens det i Finland kun er 10 pct. jf. figur 3.2. Der foreligger ikke tal for Island.

Figur 3.2. Afsluttede sygefraværperioder over 2 ugers varighed fordelt på varighed (pct.), 2003



Anm.: * I Norge kan man max. modtage sygedagpenge i 1 år, men derefter vil sygemeldte kunne få revalideringsdagpenge, som indgår i tallet under en varighed på 360+

De store variationer i det langvarige sygefravær afspejler dels forskelle i sygefraværets sammensætning i landene, og dermed forskelle i de årsager, der er til sygefravær. Men variationerne afspejler også forskelle i de enkelte landes systemer.

Forskellige regler for hvornår langvarigt syge overgår til det sociale system

Blandt andet er der forskellige regler og praksis for, hvornår langvarigt syge overgår til andre dele af det sociale system (f.eks. revalideringsydelse og førtidspension).

I Sverige er der ingen tidsbegrænsning på, hvor længe man kan modtage sygedagpenge. Sverige har derfor også en relativt større andel af sygefraværet i denne kategori, fordi vi taler om fravær, som i andre lande kan være indregnet i andre ordninger.

I Finland gælder der en varighedsbegrænsning på sygedagpenge på 1 år. Også i Norge kan der maksimalt udbetales sygedagpenge i 1 år. Efterfølgende kan personer, som er sygemeldte i mere end et år, modtage revalideringspenge. I Danmark gælder generelt en tidsbegrænsning for sygedagpenge på 1 år, dog eksisterer der en række tilfælde, hvor perioden kan udvides udover et år.

3.6 Risiko for udstødning ved langvarig sygdom

Det er de langvarige sygeforløb, der er særligt problematiske, fordi der er en stigende risiko for at miste arbejdet ved lang tids sygdom. Det gælder både hvis der er tale om en arbejdsulykke, eller hvis der er tale om anden årsag til meget langvarig sygdom.

Stigende risiko for udstødning ved langvarig sygdom

Dermed stiger risikoen også for udstødning fra arbejdsmarkedet ved lang tids sygdom. Analyser viser generelt, at der er en klar sammenhæng mellem varigheden af den enkeltes sygefraværsperiode, og risikoen for ikke at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Det er derfor særlig vigtigt at følge udviklingen i det langvarige sygefravær, samt at se indsatsen i sammenhæng til længden af et sygefraværsforløb.

I Danmark er der foretaget særlige analyser af denne problemstilling. Det er påvist, at antallet af sygedagpengesager over 1 år udgør godt 2 pct. af samtlige afsluttede sager, men til gengæld vægter de tungt i det samlede sygefravær. Sygefravær over 1 år udgør knap 20 pct. af de samlede udgifter til sygedagpenge. Dette er baggrunden for, at der er særlig fokus på initiativer, der kan afkorte det lange sygefravær.

Særligt det længerevarende sygefravær er steget igennem tiden

Problemstillingerne er ens på tværs af de nordiske lande. Det er derfor også vigtigt at bemærke, at det især er det længerevarende sygefravær, som er steget igennem tiden. Det er en tendens i alle lande.

I Sverige er der sket en stigning i sygefravær over 6 måneder, hvilket har resulteret i, at det samlede sygefravær er steget kraftigt fra 1997. Antallet af sygefraværsdage med en varighed over 6 måneder er i Sverige blevet tredoblet siden 1993 og statens udgifter dertil udgør knap 60 pct. af de samlede udgifter til sygedagpenge.

I Norge er der ligeledes sket en stigning i det langvarige sygefravær, hvilket også er en af årsagerne til stigningen i sygefraværet, samt den stigende tilgang til revalidering. Denne udvikling ser imidlertid ud til at være vendt i 2004, hvor sygefraværet er faldet.

3.7 Andre variationer i sygefraværet

Når vi ser inden for de enkelte lande, er der generelle forskelle i sygefraværet med hensyn til køn, alder og sektor/branche. Forskellen går dog igen mellem lande, og der er en række helt generelle kendetegn.

Variationer som følge af køn, alder og sektor

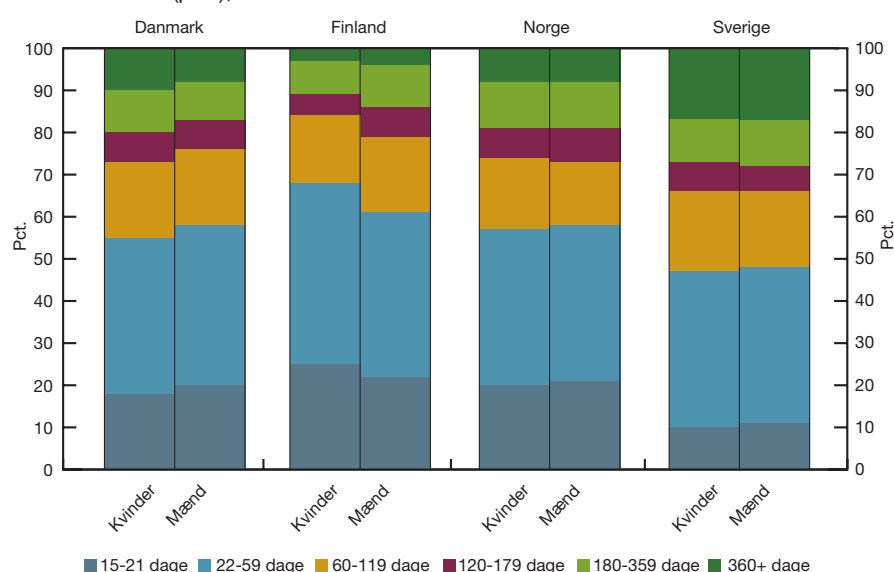
Kvinder er generelt mere syge end mænd, og ældre er mere syge end yngre. Ligeledes har ansatte i den offentlige sektor et større sygefravær end privat ansatte. Der er dog store variationer inden for sektorerne, og resultatet gælder derfor kun overordnet set.

Mænd har en større andel af det længerevarende sygefravær

I Sverige er sygefraværet imidlertid særligt højt i primærkommunerne. Dette kan delvist forklares af, at primærkommunerne er kendetegnet ved at have ansat en stor andel kvinder (80 pct.), og at medarbejderne i primærkommunerne har en højere gennemsnitsalder end på arbejdsmarkedet som helhed.

Mænd har generelt en større andel af længerevarende sygefravær (over 180 dage) end kvinder, dog med undtagelse af i Danmark, hvor kvinderne har den største andel af længerevarende sygefravær, jf. figur 3.3. I Sverige er det overordnede billede, at $\frac{2}{3}$ af alle sygefraværsdage vedrører kvinder, hvilket indikerer, at der er en betydelig forskel mellem landene også her.

Figur 3.3. Afsluttede sygefraværperioder over 2 ugers varighed fordelt på køn og varighed (pct.), 2003



Anm.: * I Norge kan man max. modtage sygedagpenge i 1 år, men derefter vil sygemeldte kunne få revalideringsdagpenge, som indgår i tallet under en varighed på 360+.

Ældre er dobbelt så syge som yngre

Det samlede sygefravær stiger med alderen. Dette skyldes i høj grad, at det lange sygefravær er stigende med alderen. I Danmark er privat ansatte mellem 55–59 år dobbelt så syge som de under 25 årige. I Finland har de kommunalt ansatte over 50 år dobbelt så meget sygefravær som de yngre ansatte. Tilsvarende resultat ses også i Norge og Sverige. Sverige adskiller sig dog ved, at især kvinder mellem 30–35 år uden uddannelse er mest syge.

Yngre har flest korte sygeforløb

De yngre har derimod flest korte sygeforløb (under 14 dage), hvilket i høj grad kan forklares ved, at denne aldersgruppe i højere grad har mindre børn. I Danmark toppe det korte sygefravær i den private sektor for personer mellem 30 og 34 år.

I Island er sygefraværet størst iblandt de yngre, specielt yngre kvinder.

3.8 Afslutningen af et sygefraværforløb

Der forelægger normalt ikke tal for, hvad der sker med den sygemeldte efter endt sygedagpengeforløb.

De fleste sygemeldte kommer tilbage i beskæftigelse

Tal for Danmark viser, at de fleste sygemeldte, kommer tilbage i beskæftigelse. Dette hænger sammen med, at en stor del af alle sygeforløb er kortvarige og skyldes almindelig sygdom.

Risikoen for at miste arbejdet stiger med varigheden af sygefraværet

Når vi ser på alle personer, kommer 83 pct. af sygedagpengemodtagerne i Danmark tilbage i beskæftigelse efter endt sygedagpengeforløb, imens 94 pct. af de personer, som var i beskæftigelse inden de kom på sygedagpenge, kommer tilbage i beskæftigelse.

Langt de fleste vender således tilbage til arbejdspladsen. Men det afhænger af varigheden af sygefraværet, fordi vi ved, at risikoen for at miste arbejdet stiger med varigheden af sygefravær.

Der foreligger ikke mange oplysninger om dette emne. Der er behov for nye oplysninger om, hvad der sker, når et sygefraværsforløb afsluttes.

I Norge viser en analyse f.eks., at der er ca. 50.000 personer, som er på sygedagpenge i 1 år og derover, og af disse overgår ca. 50 pct. til revalideringsydelse, når sygefraværsforløbet afsluttes.

Stigende antal førtidspensionister

En del af de længerevarende sygeforløb ender med permanent tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, f.eks. gennem førtidspension. Antallet af førtidspensionister er steget kraftigt i de sidste år i Sverige, Norge og Island.

I Danmark og Finland har der imidlertid kun været en mindre stigning siden 2001. I Finland skyldes det, at myndighederne har igangsat projekter, som undersøger langtidslediges arbejdsformåen og deres muligheder for først at overgå til sygedagpenge og derefter til førtidspension.

3.9 Udgifter i forbindelse med sygdom

Der er betydelige udgifter for det offentlige i forbindelse med sygedagpenge. Samtidig har både private og offentlige arbejdsgivere udgifter til løn under sygdom afhængig af hvilke aftaler m.v., der ligger f.eks. som led i overenskomsterne.

Høje reale udgifter ved sygefravær

Samlet set er de reale udgifter, der er forbundet med sygefravær, meget høje. Blandt andet fordi der også er tale om tabt produktion, når medarbejdere er sygemeldte. Og der kan være behov for eventuelt at ansætte vikarer eller erstatningsarbejdskraft.

Men når vi ser på udgifterne til sygefravær, så taler vi ofte primært om de offentlige udgifter til sygedagpenge. Dette er en betydelig offentlig udgiftspost i de fleste lande, men den reale udgift for samfundet er større end disse udgifter, hvilket dog er yderst vanskeligt at kvantificere.

Stigende udgifter til sygedagpenge

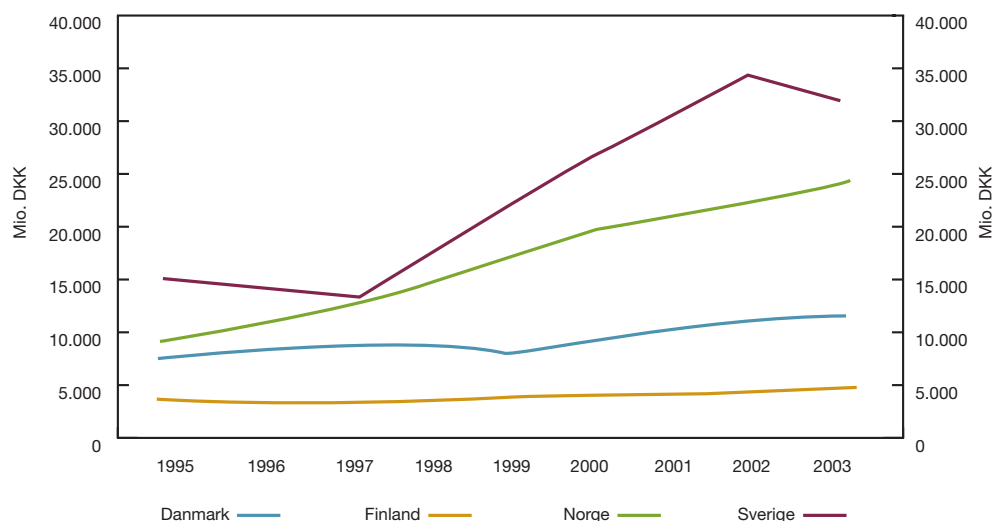
Når vi fokuserer mere snævert på udgifterne til sygedagpenge, ses en væsentlig variation på tværs af de nordiske lande. Alle lande har oplevet stigende udgifter i forbindelse med sygdom. Stigningen har været mindst i Finland, og størst i Sverige, jf. figur 3.4.

I Finland er de offentlige udgifter til sygedagpenge steget fra 3,4 mia. DKK i 1997 til 4,8 mia. DKK i 2003.

I Danmark er sygedagpengeudgifterne steget fra 7,9 mia. DKK i 1995 til 11,4 mia. DKK i 2003. I Norge er stigningen noget større, og er steget fra 9,3 mia. DKK i 1995 til 23,8 mia. DKK i 2003. Foreløbige tal tyder imidlertid på, at udgiften er aftaget siden i Norge.

Den største stigning ses dog i Sverige, hvor udgifterne til sygedagpenge er steget fra 12,3 mia. DKK i 1997 til 34,1 mia. DKK i 2002. Siden er udgifterne til sygedagpenge faldet til 32,8 mia. DKK.

Figur 3.4. Udviklingen i de offentlige udgifter til sygedagpenge (mio. DKK), 1995–2003



Anm.: * I Danmark er de offentlige arbejdsgivere blevet omfattet af sygedagpengereglerne fra 2000 hvilket betyder, at stigningen i udgifterne ikke nødvendigvis er udtryk for en stigning i sygefraværet.

Bag stigningerne kan være underliggende faktorer som f.eks en stigende arbejdsstyrke, eller en ændret demografisk sammensætning, der kan begrunde en stigning i udgifterne. Hvis tallene analyseres ud fra størrelsen af arbejdsstyrken, ses dog fortsat stigninger i udgifterne, jf. figur 3.6.

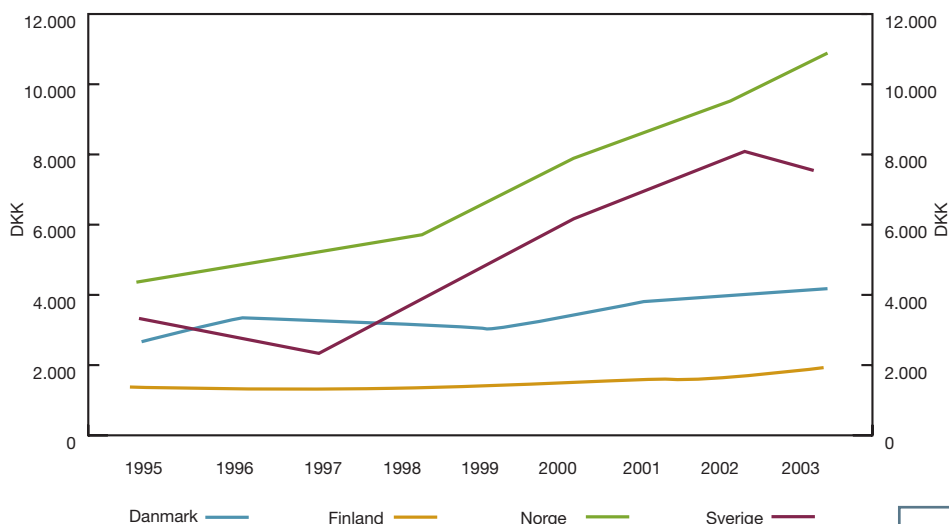
Stigende udgifter pr. person i arbejdsstyrken

Den gennemsnitlige udgift pr. person i arbejdsstyrken er høj og stigende i Norge, hvormed det generelle billede bekræftes fra figur 3.5., hvilket igen kan begrundes i en stigning i omfanget af sygefravær.

I Sverige har udgiften pr. person i arbejdsstyrken været stigende fra 1997 til 2002. I Finland har udgiften pr. person ligeledes været stigende siden 1997, stigningen har dog i forhold til de øvrige nordiske lande været yderst begrænset.

For Danmarks vedkommende er det andre faktorer, der forklarer stigningen i udgiften pr. person. Denne stigning kan i vidt omfang forklares af, at de offentlige arbejdsgivere er blevet omfattet af sygedagpengereglerne fra 2000. Der er således tale om en teknisk årsag, og i mindre grad en stigning i sygefraværet, der som omtalt har været relativt konstant set over perioden.

Figur 3.5. Udviklingen i de offentlige udgifter til sygedagpenge pr. person i arbejdsstyrken (DKK), 1995–2003



Anm.: * I Danmark er de offentlige arbejdsgivere blevet omfattet af sygedagpengereglerne fra 2000 hvilket betyder, at stigningen i udgifterne ikke nødvendigvis er udtryk for en stigning i sygefraværet.



4. Landenes initiativer på sygefraværsområdet

4.1 Indledning

Dette kapitel indeholder bidrag fra hvert af de 5 nordiske lande. Landene har udarbejdet en beskrivelse af nationale problemstillinger og initiativer til nedbringelse af sygefravær:

- Sygefraværsproblemet – beskrivelse af problemets omfang og karakter.
- Den politiske baggrund og det politiske fokus på de initiativer, der tages op.
- En beskrivelse af de væsentligste politiske initiativer, der er iværksat for at nedbringe sygefraværet.
- En beskrivelse af de erfaringer, der har været med implementeringen af initiativerne.
- En beskrivelse af mulige fremtidige indsatsområder.

Landene har efter eget valg skrevet på enten dansk, svensk eller norsk. I afsnittene kommer landene ind på de mest relevante emner og problemstillinger, og beskriver de mest væsentlige initiativer.

4.2 Sammenfatning

Beskrivelserne viser, at nedbringelse af sygefravær er prioriteret i de fleste af de nordiske lande. Sygefravær opfattes som et alvorligt samfundsmæssigt og menneskeligt problem, som der er stor politisk vilje til at sætte ind overfor.

Politiske initiativer og målsætninger

De fleste lande angiver, at den demografiske udvikling betyder, at der bliver stadig flere unge til at forsørge stadig flere ældre. Derfor skal der sættes ind med tiltag, der kan sikre størst muligt udbud af arbejdskraft i fremtiden. Nedbringelse af sygefravær ses i den sammenhæng som et blandt flere instrumenter til at øge udbudet af arbejdskraft.

Som beskrevet i kapitel 3 varierer sygefraværet betydeligt mellem landene. Landenes beskrivelser viser, at der både er forskelle og ligheder mellem landenes initiativer og de politiske intentioner. Sygefravær ses ud fra forskellige sammenhænge i de forskellige lande, og det er derfor i nogen grad forskellige problematikker man forsøger at løse med de initiativer, der iværksættes.

Mange forskellige initiativer

I flere af landene er der vedtaget en samlet „pakke“, der indeholder en lang række forskellige initiativer, der på hver deres måde har til formål at medvirke til at nedbringe sygefraværet. I nogle af landene er der opstillet konkrete målsætninger for, hvor meget sygefraværet forventes at blive nedbragt – i andre er der ikke.

Handlingsplan for nedbringelse af sygefravær

I Danmark er forslag til en række politiske initiativer udmøntet i en handlingsplan for nedbringelse af sygefravær, der blev fremlagt af regeringen i 2003. Målet med handlingsplanen er at nedbringe sygefraværet. Nedbringelse af sygefraværet er endvidere indskrevet i det nye regeringsgrundlag i Danmark.

IA-Avtalen

I Norge er initiativerne udmøntet i aftalen om et mere inkluderende arbejdsliv, IA-avtalen. Aftalen blev indgået af regeringen og arbejdsmarkedets parter i oktober 2001.

Målet med aftalen er bl.a. at reducere sygefraværet med 20 pct. inden udgangen af 2005. Hovedprincippet i aftalen er at forankre arbejdet med et inkluderende arbejdsplads på den enkelte arbejdsplads.

VETO-programmet

I Finland er der vedtaget det såkaldte VETO-program 2003–2007, som har til formål at identificere tiltag, der fremmer arbejdsfastholdelse. Et af målene i programmet er at mindske sygefraværet med 15 pct. i perioden 2002–2007.

Som en del af VETO-programmet er der planlagt en udredning i 2005, der skal undersøge mulighederne for at mindske langvarigt sygefravær.

11-punktsprogram

I Sverige indledtes en strategi for sundhed i arbejdslivet med et 11-punkts program i 2001. I forlængelse heraf kom regeringen i 2003 i samarbejde med flere andre partier med en hensigtserklæring om tiltag for et sundere arbejdsliv. Målet med strategien er at halvere sygefraværet i perioden 2002–2008.

Strategien retter sig mod to hovedområder. Det ene er at forebygge sygdom på arbejdet, det andet er at bringe sygemeldte hurtigst muligt tilbage på arbejde. Derudover er der initiativer på områder som udvikling af arbejdsmiljøarbejdet, samt forbedret statistik og forskning.

I Island har der hidtil ikke været så stort politisk fokus på sygefravær, og der er da heller ikke iværksat omfattende politiske initiativer for at nedbringe sygefraværet. Der har dog været aktiviteter fra bl.a. trygdekontoret og sygefondene for at arbejde aktivt mod stigende førtidspension. Blandt andet er der gennemført specifikke rehabiliteringsprogrammer for dem, som er lige ved at gå fra sygefravær til førtidspension.

Indsatsområder og initiativer

Der er forskellige vinkler på indsatsområderne. Karakteristisk for landene er, at der sættes ind på flere forskellige områder på samme tid.

Fire områder går igen i flere af landenes initiativer

- Styrkelse af indsatsen på virksomhederne
- Øget fokus på rettidig og tilstrækkelig opfølgning overfor den enkelte sygemeldte
- Fokus på forbedring af arbejdsmiljøet
- Bedre statistisk belysning af sygefraværets omfang, og de økonomiske omkostninger

Inddragelse af virksomhederne

Styrkelse af indsatsen på virksomhederne

Virksomhederne spiller en væsentlig og naturlig rolle, når det drejer sig om at forebygge og afhjælpe sygefravær. Der er variation mellem landene i, hvor regel- og lovbestemt virksomhedernes rolle er.

Men den indsats der kan gøres på den enkelte virksomhed, tillægges betydelig vægt i alle lande. Særligt i Norge tillægges virksomhederne direkte i lovgivningen en stor del af ansvaret for at nedbringe sygefraværet.

Fokus på forbedring af arbejdsmiljøet

I alle lande er arbejdsmiljø i politisk fokus, og en vigtig del for at opretholde et velfungerende arbejdsmarked med gode og sunde arbejdspladser. Forbedring af arbejdsmiljøet er prioriteret i landene.

Både forbedringer af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø er prioriterede i landenes indsatser. Også på dette område er der variationer i vægtningen; mellem om virksomhederne direkte er forpligtede via lovgivningen, eller om man i højere grad forsøger at påvirke via opfordringer og hjælperedskaber.

Der er i alle lande oprettet særlige institutioner, der forsker i arbejdsmiljø. Arbejdsmiljø spiller en stor rolle for sygefravær. De resultater forskningen kan pege på, har derfor fået sit eget kapitel i afslutningen af denne publikation.

Fokus på rettidig og tilstrækkelig opfølgning overfor den enkelte sygemeldte

Alle lande lægger vægt på, at der sker en opfølgning i forhold til den enkelte sygemeldte efter en bestemt periode. Der lægges ligeledes vægt på, at der hurtigst muligt iværksættes tiltag, hvis dette skønnes at være en forudsætning for at bringe den sygemeldte tilbage på arbejdet.

Stor forskel på f.eks Norge og Danmark

I den sammenhæng er det interessant, at mens man i Norge pålægger virksomhederne en stor del af ansvaret for opfølgningen og iværksættelse af særlige tiltag overfor den sygemeldte, så er det i Danmark kommunerne, der har det overordnede ansvar for opfølgningen, og iværksættelse af de nødvendige initiativer.

Bedre statistisk belysning af sygefraværets omfang og økonomiske omkostninger

Det har været kendetegnende for sygefraværsområdet, at den statistiske dækning har været mangelfuld. Flere lande, herunder Danmark, har haft yderst vanskeligt ved at skabe tal for det samlede sygefravær.

Statistisk belysning af sygefraværet

I de fleste lande er der taget initiativ til en forbedret statistisk og økonomisk belysning af sygefraværets omfang og omkostninger. Bedre statistik over sygefraværets omfang og karakter – og udgifterne forbundet hermed – er et væsentligt instrument i bestræbelserne på at synliggøre problemet og de økonomiske omkostninger ved sygefravær. Det er ligeledes væsentligt i forbindelse med evalueringer af om indsatserne virker.

Fremtiden

Fælles for flere af landenes initiativer er, at de endnu ikke er fuldt implementeret, eller kun har været det i ganske kort tid. Det er derfor ikke muligt på nuværende tidspunkt at drage egentlige konklusioner om deres effekter.

De kommende år er landenes indsatser for at nedbringe sygefraværet primært koncentreret om at implementere, justere og evaluere de initiativer, der er besluttet.

Det bliver spændende at følge den fortsatte implementering af initiativerne, og ikke mindst hvordan sygefraværet de kommende år udvikler sig i landene.

Erfaringsudveksling mellem de nordiske lande

I den forbindelse vil det være nyttigt om de nordiske lande fortsætter erfaringsudvekslingen på sygefraværsområdet. Vidensdeling om hvilke tiltag der virker, kan med fordel anvendes til inspiration i den fortsatte indsats for at nedbringe sygefraværet i de nordiske lande.



4.3 Danmarks initiativer på sygefraværsområdet

Sygefraværsproblemet i Danmark

Sygefraværet i Danmark er steget de seneste år, og det har nu næsten samme niveau som den samlede ledighed. Sygefraværet i Danmark er dog lavt sammenlignet med sygefraværet i andre vesteuropæiske lande.

Det samlede sygefravær skønnes at svare til, at ca. 140.000 helårspersoner er væk fra arbejde hele året. Det korte sygefravær (under 2 uger) udgør ca. halvdelen af det samlede sygefravær.

Der har i Danmark i de seneste år været gennemført en del analyser for at belyse sygefraværsproblemet, dets størrelse samt karakteristika.

Analysen af det danske sygefravær har vist:

- Det korte sygefravær falder med alderen, mens det lange fravær stiger. Samlet er der en stigning i det samlede sygefravær med alderen
- Kvinder har højere sygefravær end mænd
- Børn medfører højere sygefravær
- Det korte fravær er højere i hovedstadsområdet end i resten af landet
- Sygefraværet varierer mellem brancher
- Der er højere sygefravær i store virksomheder end i små
- Der er stor variation i sygefraværet mellem sammenlignelige arbejdspladser
- Den kommunale sygedagpengeindsats varierer meget mellem de enkelte kommuner. Der er således meget store forskelle i varigheden af sygedagpengesager samt i, hvor stor en andel af sagerne der ender med, at den syge kommer i beskæftigelse efter sygdommen
- Der er ikke sikre sammenhænge mellem kommunernes størrelse, geografiske placering eller variationen i indsatsen
- Arbejdsmiljø og sygefravær hænger sammen. Et godt arbejdsmiljø betyder ofte et lavere sygefravær
- Arbejdsskader medfører ikke kun et forøget sygefravær umiddelbart efter arbejdsskaden. Helt op til 3 år efter arbejdsskaden kan der konstateres et markant forøget sygefravær

Politisk baggrund for initiativer

For at vedligeholde og styrke velfærden i Danmark kræves, at arbejdsstyrken og beskæftigelsen stiger. Et nyt skridt blev taget med en ny beskæftigelsesreform i efteråret 2002. Det er imidlertid nødvendigt at søge løsninger på alle de områder, der kan bidrage til at få flere i arbejde. Et lavere sygefravær er en del af løsningen.

Alle kan blive ramt af sygdom

Det er klart, at der er en del af sygefraværet, der ikke kan gøres noget ved. Alle bliver syge engang i mellem, hvad enten det er influenza, et brækket ben eller mere alvorlig sygdom.

Det forhold, at der mellem helt sammenlignelige virksomheder, kommuner og faggrupper er meget store variationer i sygefraværet, understreger dog, at der er uforklarede forskelle. Og at der er noget at hente ved at tage ved lære af de gode eksempler.

Ud over de høje udgifter på ca. 11 mia. kr. årligt for det offentlige, og ca. 22 mia. kr. årligt for arbejdsgiverne, har sygefraværet også store menneskelige omkostninger. Langvarig sygemelding øger risikoen for at personen mister sit arbejde. I yderste konsekvens kan der være risiko for at blive udstødt fra arbejdsmarkedet.

En målrettet indsats i såvel virksomheden som i kommunen øger chancerne for hurtigt at vende tilbage til arbejdet. Det er både i virksomhedens, kommunens og den enkelte sygemeldtes interesse.

En tidlig og målrettet indsats, hvor der tages fat om problemerne i tide, reducerer derfor også risikoen for, at personen mister arbejdet. Der er derfor en gevinst for alle parter ved at nedbringe sygefraværet.

Væsentligste politiske initiativer

Startskudet til en ny indsats til at begrænse sygefraværet skete på en konference i foråret 2003, hvor der blev fremlagt en analyse af hele sygefraværsområdet, samt en eksempelsamling med gode eksempler på initiativer, der virker i kommuner og virksomheder, samt et debatoplæg med forslag til en lang række nye initiativer. Senere er der offentliggjort en evaluering af det langvarige sygefravær.

Handlingsplan for nedbringelse af sygefraværet

I december 2003 udsendte regeringen en handlingsplan for nedbringelse af sygefraværet. Handlingsplanen lægger bl.a. op til:

- En bedre sygeopfølgning
- Understøttelse af virksomhedernes egenindsats og samarbejde med kommunernes opfølgning
- Bedre statistik over sygefravær
- Digitalisering
- Modernisering af sygedagpengeloven

Siden december 2003 er der arbejdet med udmøntningen af handlingsplanen. Nedenfor er der en gennemgang af de væsentligste initiativer.

En bedre sygeopfølgning

Med en bedre sygeopfølgning ønsker den danske regering, at visitations- og opfølgningsindsatsen tilrettelægges, så der i alle kommuner sikres den rigtige service overfor den enkelte sygemeldte og den enkelte virksomhed.

Formålet med sygeopfølgningen er at sikre, at flest muligt fastholdes i arbejde, så de sygemeldte undgår at blive udstødt fra arbejdsmarkedet, og at den enkeltes fraværsperiode gøres så kort som muligt. Indsatsen skal målrettes de sygemeldte, der har størst behov for tæt og individuel opfølgning. Ressourcerne skal i højere grad anvendes på de komplicerede sager, og der skal anvendes et minimum af tid på de ukomplicerede sager.

Et lovforslag er under behandling, som ventes vedtaget i maj 2005 med følgende indhold:

Sygedagpengesager opdeles i tre kategorier

Som noget nyt, skal kommunen foretage en visitation af løbende sygedagpengesager til én af tre kategorier:

- *Sager, hvor tilbagevenden til arbejdsmarkedet er umiddelbart forestående*
I denne kategori af sager skal der senest følges op første gang inden udgangen af 8. uge regnet fra 1. sygedag, og der skal som minimum holdes telefonsamtale. Herefter skal der følges op mindst hver 8. uge, og der skal ved hver opfølgning som minimum holdes telefonsamtale. Som eksempel på denne type af sager kan nævnes sygefravær på grund af et brækket ben.
- *Sager med risiko for langvarigt sygeforløb og risiko i forhold til arbejdsevnen (kategori 2).* I denne kategori af sager skal der senest følges op første gang inden

udgangen af 8. uge regnet fra 1. sygedag, og der skal holdes en individuel samtale. Herefter skal der følges op mindst hver 4. uge med samtale, som minimum hver anden gang skal være en individuel samtale. Kategori 2 vil omfatte sager vedrørende ryglidelser, psykiske lidelser, træthedstilstande.

- *Sager, hvor lidelsen eller sygdommen medfører et længerevarende sygeforløb (kategori 3).* I denne kategori skal der senest følges op første gang inden udgangen af 8. uge regnet fra 1. sygedag, og der skal som minimum holdes telefonsamtale. Herefter skal der følges op mindst hver 8. uge. Kommunen beslutter opfølgningsformen ud fra sygdommens karakter og omfang, samt ud fra sygemeldtes situation og behov i øvrigt. Som eksempler på sygefraværsårsager kan nævnes kræft, hjerte/karsygdomme, hofteoperation.

Revisitation og opfølgningsplan

Kommunen skal på baggrund af samtalen og sagsoplysningerne foretage en samlet vurdering af sygemeldtes konkrete behov for indsats for at fremme arbejdsfastholdelse og hurtigst mulig raskmelding. Kommunen skal efter hver opfølgning foretage en revisitation, hvor der træffes beslutning om, efter hvilken kategori opfølgningen skal ske i det efterfølgende forløb. Kommunen skal også udarbejde en opfølgningsplan, hvor der fastsættes kortsigtede og langsigtete mål for opfølgningen.

Arbejdsfastholdelse

Indsatsen for at fastholde sygemeldte i deres beskæftigelse skal endvidere styrkes, blandt andet ved at fremme en større kontakt mellem den sygemeldte og virksomheden under sygefraværet. Ved rådgivning og vejledning af den sygemeldte og den pågældende virksomhed skal der skabes større fokus på muligheden for gradvis tilbagevenden til virksomheden, så den sygemeldte bevarer tilknytningen til virksomheden og sine kollegaer, uden at den sygemeldte presses tilbage i funktioner, som pågældende ikke kan klare.

Nye lægeerklæringer

Kommunens og virksomhedens muligheder for at fastholde den sygemeldte skal understøttes ved brug af nye lægeerklæringer, der indeholder oplysninger om den sygemeldtes arbejdsevne, og hvilke arbejdsfunktioner, den sygemeldte ikke kan varetage.

Kommunen som koordinator

For at sikre et bedre samspil under sygedagpengesagen mellem kommunen, den sygemeldte, virksomheden, læger samt andre parter, skal kommunens rolle som koordinator forbedres, så der opnås en sammenhængende og helhedsorienteret indsats – også i forhold til andre instanser.

Andre aktører

I visse situationer kan andre aktører, f.eks. revalideringsinstitutioner eller private konsulentfirmaer med fordel inddrages i kommunens opfølgningsindsats. Kommunen skal derfor have mulighed for at inddrage andre aktører, hvis kommunen ikke selv har mulighed for at tilbyde den konkrete indsats, eller hvis en anden aktør mere effektivt og målrettet kan bringe den sygemeldte tilbage på arbejdsmarkedet.

Samordning af myndighedernes indsats

For at opnå en mere målrettet og hurtigere sagsbehandling skal myndighederne orientere hinanden om sager vedrørende arbejdsskader, sygedagpenge, revalidering, fleksjob eller førtidspension. Myndighederne kan på baggrund af orienteringen indhente oplysninger hos hinanden til brug for sagsbehandlingen. Dermed bliver indsatsen overfor den sygemeldte bedre koordineret, og det undgås, at sagsbehandlingen forlænges unødigt på grund af indhentelse af oplysninger, der allerede foreligger hos én myndighed.

Nedsættelse af kommuners statsrefusion

Kommunernes opfølgningspraksis varierer meget. For at give kommunerne en økonomisk tilskyndelse til at forbedre opfølgningen vil statsrefusionen til kommunerne, hvor sygedagpengesagen varer udover 6 måneder, blive nedsat fra 50 pct. til 35 pct.

Med det formål at sikre, at den sygemeldte får den opfølgning, som vedkommende har krav på efter lovgivningen, kan statsrefusionen til kommunen bortfalde, hvis kommunen ikke opfylder sin pligt til at foretage opfølgning.

Inddragelse af sygefravær i arbejdspladsvurderingen

Understøttelse af virksomhedernes egenindsats

Pr. 1. januar 2005 er der krav om, at sygefravær skal inddrages i arbejdspladsvurderingen (APV) med henblik på at vurdere, om der er forhold i arbejdsmiljøet, der kan medvirke til sygefravær. For virksomheder, der har udarbejdet arbejdspladsvurdering 1. januar 2005, træder kravet dog først i kraft, når arbejdspladsvurderingen skal revideres.

Arbejdstilsynet vil årligt foretage opgørelser over, om virksomhederne overholder kravet om at inddrage sygefravær i arbejdspladsvurderingen.

Sygefravær inddrages i arbejdsmiljøindsatsen

Fra 1. januar 2005 indgår tilstedeværelse af en sygefraværspolitik, når Arbejdstilsynet gennemfører et tilpasset tilsyn på en virksomhed og i den forbindelse skal vurdere, om virksomhederne har en høj egenindsats.

Arbejdstilsynet kan desuden henvise til informationsmateriale om arbejdsmiljø og sygefravær, der informerer om fordelene ved at udarbejde en sygefraværspolitik.

Arbejdstilsynet vil årligt foretage opgørelser over, hvor mange virksomheder, der har udarbejdet en sygefraværspolitik. Pr. 1. januar 2005 er der krav om, at sygefravær skal indgå i arbejdsmiljøuddannelsen.

Etablering af fuldt dækkende fraværstatistik

Bedre statistik over sygefravær

Bedre statistik, der gør sammenligning mellem virksomheder mulig, vil kunne bidrage til, at flere virksomheder får information om sygefravær. Med en fuldt dækkende fraværstatistik vil den enkelte virksomhed kunne sammenligne sig med det øvrige arbejdsmarked og vurdere, om deres sygefravær er højt.

Samtidig vil politiske prioriteringer og beslutninger fremover kunne baseres på bred og dækkende viden om, hvor stort fraværet er, hvordan det er fordelt, og hvorvidt regeringens tiltag og indsatsen i virksomhederne har den ønskede effekt. Der forventes offentliggørelse af fravær for den statslige sektor i 2005 med referenceår 2004, herefter følger fraværstatistik for den kommunale sektor med referenceår 2005 og for den private sektor med referenceår 2006.

Forbedring af statistik over sygedagpengeudbetalinger

Der arbejdes på en forbedring af den eksisterende statistik over sygedagpengeudbetalinger, så den udover udbetalinger til de sygemeldte personer også kan vise sygedagpengeforbruget for de enkelte arbejdspladser. Derved skabes der bedre mulighed for, at kommunerne kan målrette deres virksomhedskontakt mod de arbejdspladser, som har mange sygedagpengemodtagere. Desuden vil Arbejdstilsynet også kunne anvende oplysningerne, når de prioriterer deres tilsynsindsats.

Jobindsats.dk – et nyt internetbaseret målesystem

Der er store forskelle på sammenlignelige kommuners indsats og resultater på sygedagpengeområdet, og det kan være vanskeligt for de kommunale beslutningstagere og sagsbehandlere at få tilstrækkelig viden om kommunens indsats og resultater.

For at understøtte og forbedre kommunerne prioritering og planlægning af indsatsen på sygedagpengeområdet offentliggjorde regeringen i 2004 derfor et nyt internetbaseret målesystem www.jobindsats.dk.

Med Jobindsats.dk stilles stort set alle tilgængelige data om sygedagpenge gratis til rådighed på internettet for alle landets kommuner.

Formålet med jobindsats.dk er at sikre størst mulig gennemsigtighed, større effektivitet og målretning af indsatsen ved at fokusere på sammenligninger, målinger og fælles viden. På portalen er det muligt at se følgende tal for kommunernes indsats overfor sygedagpengemodtagere:

- Hvad er omfanget og sammensætningen af målgruppen?
- Hvad er varigheden af sygedagpengeforløbene?
- Hvad er sygedagpengemodtagernes status inden sygedagpengeforløbet (f.eks. beskæftigelse)?
- Hvor går de hen efter sygedagpengeforløbene, og hvor mange vender tilbage til sygedagpenge?
- Hvad er omfanget af de kommunale henholdsvis statslige udgifter til sygedagpenge?

Målesystemet henvender sig først og fremmest til ledelse og medarbejdere i kommunerne og til de forskellige beskæftigelsespolitiske råd, udvalg og politikere med tilknytning til sygedagpengeområdet.

Overblik, benchmark og databank

Der er tre indgange til sygedagpengeområdet på Jobindsats.dk:

- *Overblik* indeholder de væsentligste tal på sygedagpengeområdet. Med overblik kan brugerne hurtigt og nemt få dannet figurer og tabeller, der beskriver centrale dele af sygedagpengeområdet. Overblik indeholder de mest centrale målinger på sygedagpengeområdet og kan derfor bl.a. bruges som et ledelsesinformationssystem for ledere og politikere i kommunerne.
- Dernæst er det i Jobindsats.dk muligt for brugerne at vælge *benchmarkmålinger*, hvor brugerne har mulighed for at sammenligne en given kommunes indsats på sygedagpengeområdet med andre kommuner efter eget valg på en række centralt opstillede målinger.
- *Databanken* i Jobindsats.dk indeholder detaljerede informationer om sygedagpengegruppen og udgifterne til indsatsen, der gør det muligt for brugerne at analysere resultaterne og søge forklaringer på de tal, der er fundet i overblik eller benchmarking. I databanken har brugerne mulighed for selv at udforme og designe analyser og gå i detaljer.

Tallene i Jobindsats.dk opdateres månedligt, og er derfor altid helt aktuelle, og kan bruges i den løbende opfølgning på indsatsen.

Jobindsats.dk vil løbende over de næste år blive udbygget med flere data om den beskæftigelsespolitiske indsats – herunder AF's indsats overfor de forsikrede ledige, udbud og efterspørgsel på arbejdsmarkedet samt kommunernes beskæftigelsesindsats overfor kontanthjælpsmodtagere og andre grupper på kommunal forsørgelse.

Digitalisering

Den nuværende papirgang, hvor virksomhederne årligt indsender over 1 million ansøgningsskemaer om refusion og indberetninger om længere fravær til medarbejdernes hjemkommuner, er administrativt besværlig både for virksomheder og kommuner.

Kommunernes sygedagpengeforvaltninger bruger op mod 40% af deres tid på at administrere blanketter og udbetale sygedagpenge. Arbejdet besværliggøres yderligere af, at der er fejl i omkring halvdelen af ansøgningerne.

Ressourcebesparelser ved digitaliserede sygedagpengeindberetninger

For at lette de administrative byrder for virksomheder og kommuner har den danske regering besluttet at digitalisere sygedagpengeindberetninger og anmodninger om refusion af sygedagpenge.

Digitaliseringen vil betyde færre fejl i de indsendte skemaer. Dermed skal kommunerne ikke så ofte kontakte virksomheder eller borgere for at få rettet fejlene. Både virksomheder og kommuner kan hermed frigøre administrative ressourcer, som bl.a. kan bruges til at styrke opfølgningsindsatsen.

Der er på nuværende tidspunkt iværksat en forsøgsordning med digitalisering i 10 kommuner.

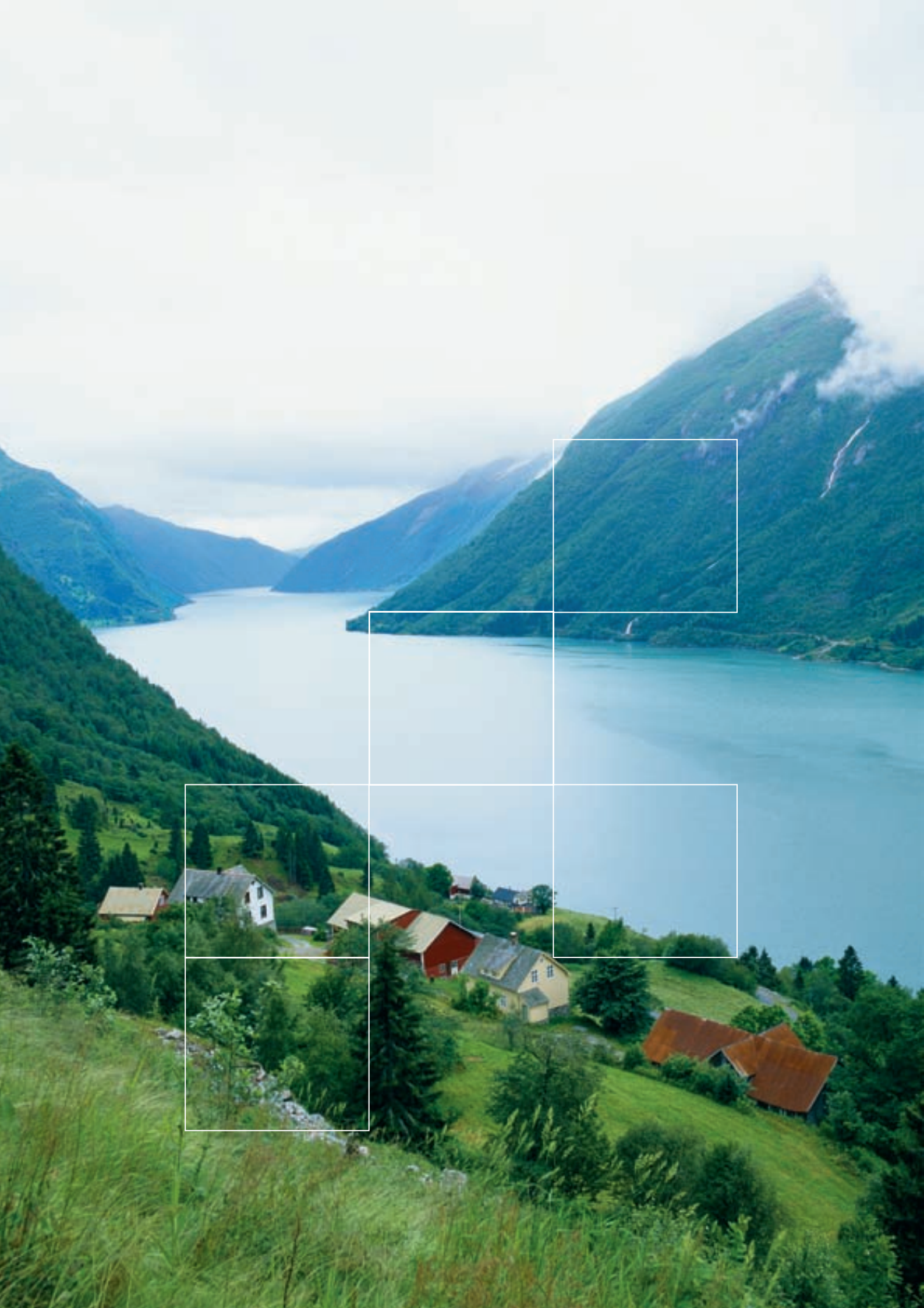
Modernisering af sygedagpengeloven

Den nuværende sygedagpengelov, der er fra 1990, er ændret adskillige gange, hvilket har medført, at regelsættet er blevet mere uoverskueligt. Den danske regering har derfor som led i handlingsplanen nedsat et udvalg, der med deltagelse af arbejdsmarkedets parter har analyseret behovet for modernisering og forenkling af reguleringen på sygedagpengeområdet. Udvalget, som har arbejdet parallelt med, at der er arbejdet med forslag om bedre opfølgning, har afgivet rapport til beskæftigelsesministeren den 30. december 2004.

Arbejdet med modernisering af sygedagpengeloven er endnu på et så tidligt stadie, at der ikke her kan peges på konkrete muligheder for modernisering og forenkling.

Den danske beskæftigelsesminister vil i foråret 2005 vurdere moderniseringsudvalgets rapport og overveje, hvilke forslag der, ud fra en samlet vurdering af sygedagpengeområdet, skal arbejdes videre på. I den samlede vurdering indgår flere forskellige hensyn, herunder hensynet til de administrative byrder for erhvervslivet og kommunerne, den sygemeldtes ret til dagpenge, den sygemeldtes muligheder for fastholdelse på arbejdsmarkedet eller sikring af hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet, samt ønsket om en mere overskuelig sygedagpengelov/barsellov.

Afsnit 4.3 er udarbejdet af det danske Beskæftigelsesministerium



4.4 Norges initiativer på sykefraværsområdet

Sykefraværsproblemet

Sykefraværet i Norge har økt gjennom hele 90-tallet. Det har vært en betydelig økning i fraværet og sykepengeutbetalinger fra folketrygden etter 1994. Det er i hovedsak det lange fraværet som har økt.

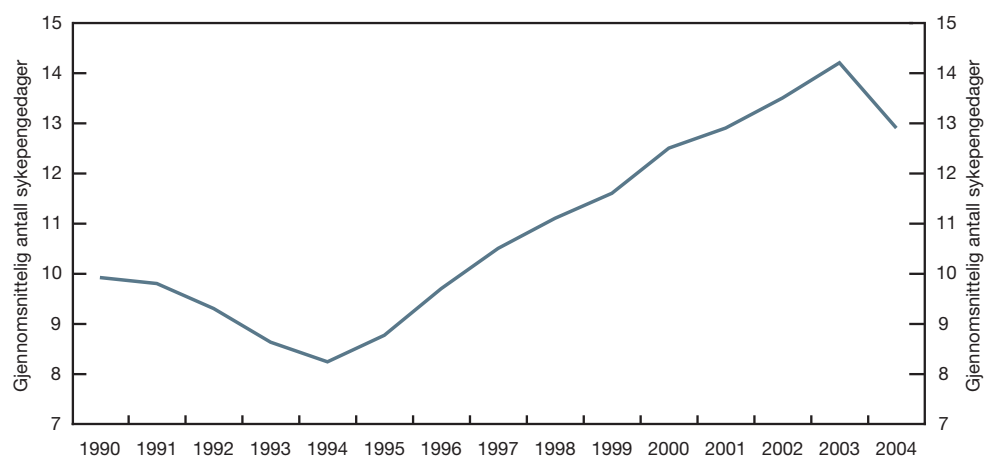
Etter ti år med vekst i folketrygdens utgifter til sykepenger gikk utgiftene for første gang ned fra 2003 til 2004. Reduksjonen var på 7,7 pst.

Tabell 1. Mill. kroner og prosentvis endring fra forrige år

	2002	2003	2004
Mill kroner	26.117	29.122	26.869
Prosentvis endr fra forrige år	10,2%	11,5%	-7,7%

Antall sykepengedager betalt av folketrygden per sysselsatt lønnstaker var 12,9¹ dager i 2004, mot 14,2 i 2003. Dette tilsvarer en reduksjon i det trygdefinansierte fraværet på om lag 9,0 pst.

Figur 1. Sykepengedager betalt av folketrygden²



Nasjonal sykefraværsstatistikk

Nasjonal sykefraværsstatistikk ble første gang publisert 2. kvartal 2000. I den nasjonale sykefraværsstatistikken er sykefravær definert som „Sykefraværsdagsverk i prosent av mulige dagsverk“. Statistikken dekker alt legemeldt fravær, samt registrert egenmeldt fravær i et utvalg virksomheter (dekker om lag 15 % av alle ansatte).

¹Tall for sysselsatte er hentet fra Arbeidskraftundersøkelsen til SSB.

²Det er ikke korrigert for et par større brudd i statistikken i denne figuren. Fra 2000 er statsansatte inkludert i statistikken, noe som var med på å redusere antall sykepengedager per sysselsatt. I tillegg ble arbeidsgiverperioden utvidet fra 14 til 16 dager, gjeldende fra 1. april 1998. Utvidelsen ble anslått å ha redusert antall sykepengedager betalt av trygden med ca. 4 pst.

Tabell 2. Utviklingen i totalt sykefravær 2000-2004, i prosent per 2. kvartal

	2000	2001	2002	2003	2004
Utviklingen i totalt sykefravær i prosent	6,9	7	7,2	7,9	7,2

Det er det legemeldte og særlig langtidsfraværet (fravær utover arbeidsgiverperioden) som har økt de siste årene. For eksempel har det legemeldte sykefraværet som varer gjennom hele kvartalet økt i de siste årene fra 33 pst. i 2. kvartal 2000 til 35,6 pst. i tilsvarende kvartal i 2004. En økning i varigheten på de lange sykefraværene har betydning for veksten i sykefraværet totalt sett og veksten i rehabiliteringspengeordningen. Utviklingen ser imidlertid ut til å ha snudd i 2004.

Sammenheng mellom sykefravær, konjunkturer og sysselsetting

Nærmere om årsaker til utviklingen

Det har vært påpekt flere årsaker til at sykefraværet har vokst i perioden 1994–2003. En vanlig forklaring er sammenheng mellom sykefravær, konjunkturer og sysselsetting. På slutten av 1980- tallet og begynnelsen av 1990-tallet falt sykefraværet samtidig med økt ledighet. Etter at arbeidsledigheten begynte å falle på midten av 1990-tallet økte sykefraværet igjen. Sammenhengen mellom konjunkturutviklingen og sykefraværet har imidlertid ikke gitt seg til uttrykk i den lavkonjunkturen som har vært i begynnelsen av 2000-tallet. Til tross for at ledigheten økte med 50% fra 2001 til 2003, har det samlede sykefraværet, særlig langtidsfraværet, fortsatt å vokse. Tilsvarende viser utviklingen i 2004 et sammenfall i synkende ledighet og synkende sykefravær.

Å snu utviklingen med stadig økende sykefravær og uførepensjonering

Politisk bakgrunn

På bakgrunn av den utviklingen som var i sykefraværet og tilgangen til uførepensjon gjennom hele 1990-tallet ble det nedsatt et offentlig utvalg som skulle gjennomgå årsaker til – og mulige tiltak for å snu utviklingen med stadig økende sykefravær og uførepensjonering. Utvalget la blant annet vekt på en større forankring på arbeidsplassen som helt avgjørende for å lykkes i arbeidet for å snu denne utviklingen. Utvalget avga sin innstilling NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv. Utvalget ble ledet av Mats Sandman – herav også navnet Sandmanutvalget.

Sandmanutvalget og IA-avtalen

Initiativer

Som en oppfølging av Sandmanutvalgets innstilling, inngikk regjeringen og partene i arbeidslivet (LO, NHO, YS, HSH, KS, UHO, NAVO, Akademikerne) en Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen).

Avtalen ble inngått for en fireårsperiode fra oktober 2001 frem til 31. desember 2005. Målene i avtalen er å redusere sykefraværet og hindre utstøting fra arbeidslivet av personer med redusert funksjonsevne og eldre arbeidstakere.

Hovedprinsippet i avtalen er å forankre arbeidet med inkluderende arbeidsliv på den enkelte arbeidsplass. Den enkelte virksomhet kan tegne egen samarbeidsavtale med trygdestaten som forplikter i forhold til å nå målene i avtalen (IA- virksomheter).

Et forpliktende samarbeid mellom ledelse, ansatte og tillitsvalgte

Nærmere om IA-virksomheter

Det å tegne samarbeidsavtale for å bli en IA-virksomhet krever en forankring på den enkelte arbeidsplass, og et forpliktende samarbeid mellom ledelse, ansatte og tillitsvalgte.

De første samarbeidsavtalene ble undertegnet i januar 2002. Ved utgangen av 2004 var det vel 7.300 virksomheter som hadde tegnet avtale. Virksomhetene omfatter vel 1 mill. arbeidstakere, det vil si 57 pst. av alle arbeidstakere i Norge.

Virkemidler i IA-avtalen

En forutsetning for IA-avtalen var at det ikke skulle gjøres endringer i sykelønnsordningen i perioden. For å støtte opp under arbeidet på den enkelte arbeidsplass, ga IA-avtalen flere nye virkemidler, både for hele arbeidslivet, og særskilte virkemidler for IA-virksomheter:

- Generelle virkemidler: Tilretteleggingstilskudd (etter 1.1.04 kun til IA-virksomheter), styrking av kjøp av helsetjenester, redusert arbeidsgiveravgift for personer over 62 år, og unntak fra arbeidsgiverperioden ved svangerskapsrelatert fravær.
- Virkemidler for IA-virksomheter: Aktiv sykmelding uten forhåndsgodkjenning fra trygdeetaten, utvidet egenmeldingsperiode, honorar til bedriftshelsetjeneste, og egen kontaktperson i trygdeetaten.

Arbeidslivssentre i alle fylker

Nærmere om trygdeetatens rolle og arbeidslivssentrene

Trygdeetaten har det operative ansvaret for oppfølging av IA-avtalen fra myndighetenes side. Det er opprettet arbeidslivssentre i alle fylker som har et ansvar for å aktivt følge opp det lokale arbeidslivet. 420 stillinger er besatt. Arbeidslivssentrene hovedoppgave er å støtte opp under virksomhetenes egen innsats, ved å bistå med rådgivning og veiledning. Alle IA-virksomhetene har sin egen kontaktperson, som skal sørge for at alle virkemidler utløses raskt og effektivt. Kontaktpersonen fungerer også som en koordinator i forhold til øvrige myndigheter.

Virksomhetene er svært fornøyd med tjenesten

Evalueringer viser at virksomhetene er svært fornøyd med tjenesten. Det at virksomhetene har sin egen kontaktperson inn mot myndighetene vurderes som et av de viktigste virkemidlene for å oppnå resultater i IA-arbeidet.

Lovbestemt plikt til å utarbeide en konkret oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeidet

Nærmere om arbeidstilsynets rolle

Grunnleggende for sykefraværsarbeidet er de plikter arbeidsmiljøregelverket pålegger arbeidsgiver til planmessig arbeid med forebygging og tilrettelegging på arbeidsmiljøområdet (HMS), samt individuell tilrettelegging av arbeidet og arbeidsplassen for den enkelte arbeidstaker. Parallelt med gjennomføringen av IA-avtalen ble det også foretatt endringer i arbeidsmiljøloven for å presisere og til dels utvide arbeidsgivers ansvar for oppfølging av og tilrettelegging for sykmeldte, samt å tydeliggjøre arbeidstakers medvirkningsplikt i denne sammenheng.

Endringene kom i 2003 og arbeidsgiver har nå en lovbestemt plikt til i samråd med arbeidstaker å utarbeide en konkret oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeidet i forbindelse med ulykke, sykdom, slitasje eller lignende. Arbeidstaker har på sin side en plikt til å medvirke ved å gi opplysninger om egen funksjonsevne samt bidra til at hensiktsmessige tiltak kan utarbeides.

Sterkt fokus på de arbeidsmiljøforholdene som forårsaker skader og sykdommer

Arbeidstilsynets bidrag til å skape et mer inkluderende arbeidsliv er å fokusere sterkt på de arbeidsmiljøforholdene som forårsaker skader og sykdommer. Arbeidstilsynet skal særlig følge opp de nye bestemmelsene i arbeidsmiljøloven som del av den ordinære tilsynsvirksomheten, og der det viser seg å være behov for å ta dette særlig opp. Samarbeidet med andre berørte etater er her viktig, og trygdeetaten kan be om assistanse fra Arbeidstilsynet dersom arbeidsgiver ikke utarbeider oppfølgingsplaner for sykemeldte arbeidstakere.

Ønske om å bevisstgjøre virksomhetene om viktigheten av et systematisk HMS-arbeid

Prioriteringene for tilsyn skal rette seg mot de arbeidsmiljøforhold som utgjør stor risiko for arbeidstakernes helse, og der konsekvensene for mange er langvarig sykefravær og uførepensjon. Som eksempel på slik tilsynsstrategi er Arbeidstilsynets kampanjer mot særlig utsatte/risikofylte bransjer. Man går her bredt inn i den aktuelle bransje i samarbeid med arbeidsgivernes og arbeidstakernes organisasjoner og virksomhetene for å kartlegge forholdene i bransjen. Man ønsker med dette å bevisstgjøre den aktuelle bransje/virksomhetene om viktigheten av et systematisk HMS-arbeid samt søke å finne ut av de bakenforliggende årsaker til bl.a. sykefravær for å kunne redusere dette. I januar 2005 ble en ny kampanje rettet mot helseinstitusjoner igangsatt.

Som et ledd i arbeidet med å bedre de psykososiale forhold på arbeidsplassen, har regjeringen også iverksatt en satsning for å bekjempe mobbing i arbeidslivet. Satsningen skal gjennomføres i samarbeid med partene, knyttet til det etablerte IA-samarbeidet.

Justeringer av IA-avtalen

Endringer i sykmeldingspraksis

IA-avtalen ble foreløpig evaluert etter 2. kvartal 2003 (se punkt 5.4). Regjeringen og partene i arbeidslivet var enige om å videreføre avtalen, men med noen justeringer. Dette ble nedfelt i en felles erklæring av 3. desember 2003. Erklæringen legger vekt på en enda større forankring på arbeidsplassen.

Med utgangspunkt i erklæringen fremmet regjeringen forslag om endringer i sykmeldingspraksis;

- Innføring av et aktivitetskrav (gradert, evt. aktiv sykmelding) senest innen 8 uker for å få rett til sykepenger, unntatt når medisinske grunner klart er til hinder for det.
- Måltrettet bruk av aktiv sykemelding – krav til bruk av gradert sykemelding der den sykemeldte delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver, og begrensning av perioden til henholdsvis 4 og 8 uker.
- Det kom nye krav til dokumentasjon ved egenmelding og sykmelding ved lege, og større forankring på arbeidsplassen.
- Videre ble det innført skjerpet sanksjon overfor leger som ikke følger de nye reglene for sykemelding samt krav til arbeidsgiver om tilrettelegging og utarbeidelse av oppfølgingsplaner.

Det ble etablert et fagutviklingsprogram for allmennleger – samarbeid med trygdeetaten og legeforeningen. Programmet skal få inn IA-perspektivet – tilbake til jobb – i legens vurdering.

Legerollen i det inkluderende arbeidsliv

Nærmere om legeprogrammet

I løpet av høsten 2004 har nesten halvparten av alle landets 3900 allmennpraktiserende leger deltatt i det nasjonale fagutviklingsprogrammet „Legerollen i det inkluderende arbeidsliv“. Fagutviklingsprogrammet er et samarbeid mellom Legeforeningen og trygdeetaten, og ble igangsatt 26. april 2004. I løpet av året har samtlige allmennpraktiserende leger fått tilbud om å delta på samlinger i sitt fylke. Målet er å styrke legenes rolle i arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA), i dialog med trygdeetaten og arbeidslivet.

Samlingene i fagutviklingsprogrammet har fokusert på dialog mellom arbeidsgivere, trygdeetaten og legene. Fra arbeidslivet tas opp hva legene kan forvente og kreve fra arbeidsplassen i forhold til sin pasient, og hva bedriften kan kreve fra legen. Trygdeetaten har informert om forventninger og krav i relasjonen mellom leger og trygdekontor. En viktig diskusjon er legenes rolle som veiledere og rådgivere overfor pasientene.

Medfinansieringsansvar for arbeidsgivere på 10 prosent

Etter første samling har deltakerne hatt tilbud om bedriftsbesøk og besøk på trygdekontoret i kollokviegrupper, for så å møtes igjen til samling nummer to hvor ulike case blir drøftet. Effekten av fagutviklingsprogrammet for den enkelte pasient vil kunne være at legene i større grad går inn i en samtale og en rådgiverfunksjon når det gjelder hvilke valg som bør tas, og ser dette som en prosess som tar opp i seg det som skjer av oppfølging på arbeidsplassen. Legeprogrammet ser ut til å ha ført til en endring i legenes arbeidsmetoder, hvor tanken på tilbakeføring til arbeid står sentralt.

Forslag i statsbudsjettet for 2005 om økt arbeidsgiverbetaling for sykefravær

Regjeringen foreslo i statsbudsjettet for 2005 å innføre et medfinansieringsansvar for arbeidsgivere på 10 prosent av sykepengeutbetalingene i hele sykepengeperioden. Videre skulle arbeidsgiverperioden reduseres fra 16 til 14 dager. Forslaget ble vedtatt i Stortinget, med ikrafttreden 1.juli 2005. Vedtaket inneholder imidlertid et forbehold om at forslaget skal vurderes på nytt hvis sykefraværet går ned mer enn forutsatt i 2005.

Evalueringsav IA-avtalen i 2003

Erfaringer

Ved evalueringen av IA-avtalen 2. kvartal 2003 var det totale sykefraværet på 7,8 pst. (7,1 legemeldt og 0,7 egenmeldt). Dette er en økning på 11,5 pst. siden IA-avtalen ble inngått.

Evalueringsvise at sykefraværet må reduseres med vel 30 pst. i løpet av perioden fra 2. kvartal 2003 til utgangen av 2005 for at målsettingen i IA-avtalen skal oppfylles.

Det har vært en økning i fraværet gjennom hele perioden, og det er langtidsfraværet som øker. Til tross for at flere arbeidstakere har fått økt mulighet til egenmelding, er det ingen endring i det samlede egenmeldte fraværet i perioden. Dette indikerer at korttidsfraværet, justert for regelendringer, reelt sett har gått noe ned i perioden. Tidligere har man observert nedgang i sykefraværet ved økt arbeidsledighet og nedgang i sysselsettingen i denne perioden har man til nå ikke sett et slikt utslag på sykefraværet samlet, men det ser ut til å ha en viss effekt på korttidsfraværet.

I evalueringen høsten 2003 var effekten på sykefraværet av tiltaket med IA-virksomheter vanskelig å anslå presist fordi det var relativt få bedrifter som hadde vært IA-virksomheter over noe tid. Også IA-virksomheter hadde samlet hatt en vekst i sykefraværet. Selv om sykefraværet fortsatte å øke fram til 2003, viste kvalitative undersøkelser, blant annet av ECON, at IA-arbeidet hadde ført til positive prosesser på den enkelte arbeidsplass, og at det hadde styrket dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Utviklingen i sykefraværet har snudd

Utvikling 2004

Utviklingen i sykefraværet har snudd i 2. og 3. kvartal i 2004. Sykefraværet gikk ned fra 8,1 til 6,5 prosent fra 3. kvartal 2003 til 3. kvartal 2004. Det legemeldte sykefraværet gikk ned fra 7,4 til 5,7 prosent, mens det egenmeldte sykefraværet var uforandret på 0,7 prosent.

For menn gikk sykefraværet ned fra 6,9 til 5,4 prosent og for kvinner fra 9,7 til 7,8 prosent fra 3. kvartal 2003 til 3. kvartal 2004.

Det er en tydelig dreining mot mer bruk av gradert sykmelding, der arbeidstaker er delvis sykmeldt og delvis i arbeid. Aktiv sykmelding utgjør en mindre andel av sykefraværet i 2004 enn i 2003, mens andelen gradert sykmelding er høyere.

Nedgang i alle næringer og sektorer

Utviklingen i fraværet i 3. kvartal 2004 viser en nedgang i alle næringer og sektorer. Blant hovednæringene var det størst nedgang i sykefraværet i bygg og anlegg, industri, helse og sosial samt transport og kommunikasjon. Bygg og anlegg og industri var også de hovednæringer som hadde størst nedgang forrige kvartal.

Sykefraværet har gått ned i alle sektorer, og nedgangen er minst i statlig forvaltning. Statlig forvaltning hadde imidlertid fortsatt lavest nivå på sykefraværet. Kommunal forvaltning har det klart høyeste sykefraværet. Variasjonen i sykefravær mellom sektorene vil henge sammen med forskjeller i næringssammensetning.

At utviklingen nå har snudd, har blant annet sammenheng med de regelendringer som er gjort i sykmeldingspraksis (aktivitetskravet) i 2004, samt at IA-avtalen nå har fått tid til å virke i mange virksomheter. Man antar at også endringer i legenes sykmeldingspraksis er en medvirkende årsak. Dette vil bli nærmere analysert i den sluttevalueringen av IA-avtalen som nå skal gjennomføres.

Evaluerings av IA-avtalen i 2005

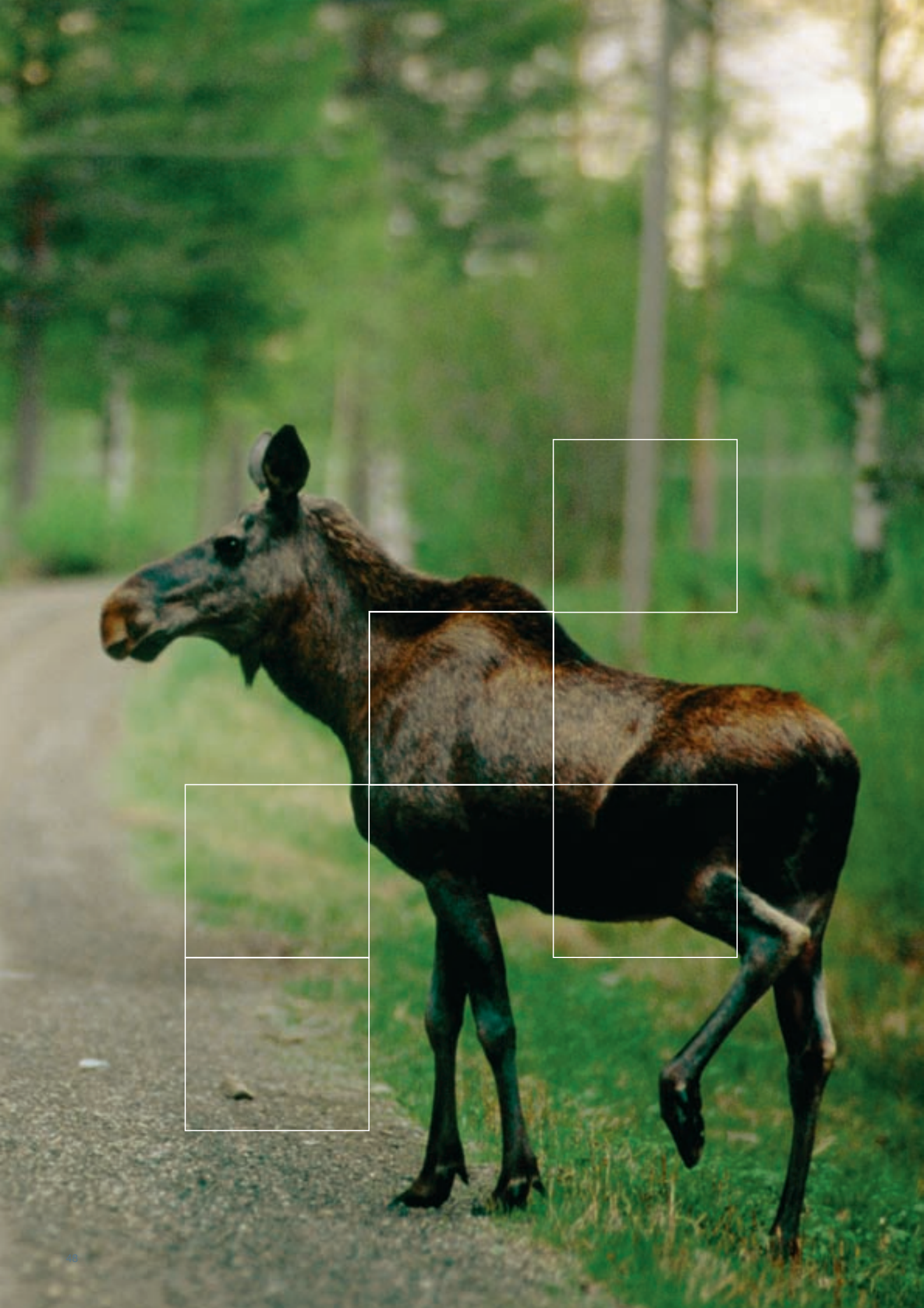
Evaluerings 2005

IA-avtalen skal evalueres ved utgangen av 2005. Evalueringen skal danne grunnlag for drøftinger mellom regjeringen og arbeidslivets parter når det gjelder videre innsats for å redusere sykefravær og skape et inkluderende arbeidsliv. Evalueringen vil ta utgangspunkt i datamateriale/statistikk pr 2. kvartal 2005. I tillegg gjennomføres kvalitative forskningsbaserte evalueringer.

Fremtidige innsatsområder

Fremtidige innsatsområder på dette feltet vil avhenge mye av prosessen rundt evalueringen av IA-avtalen og drøfting mellom partene i denne sammenheng.

Afsnit 4.4 er udarbejdet af Arbejds- og sosialdepartementet i Norge



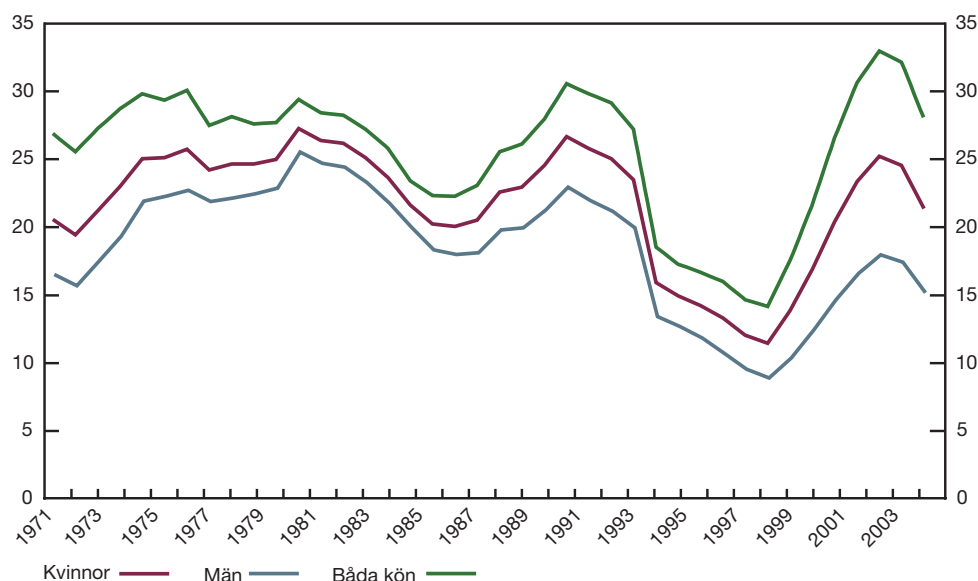
Sjukskrivningarna har följt konjunkturerna tämligen väl

4.5 Sveriges initiativ på sygefraværsområdet

Stora historiska variationer i sjukskrivningar under 90-talet

Utvecklingen av antalet utbetalade sjukpenningdagar via det allmänna sjukförsäkringssystemet ökade kontinuerligt från dess införande år 1955 fram till början av 1970-talet. Därefter har sjukskrivningarna följt konjunkturerna tämligen väl. Sjukskrivningarna har genomgående ökat under högkonjunkturperioder. De långsiktiga variationerna skall också ses i ljuset av förändringarna i arbetskraften. Under 1950-talet var kvinnors arbetskraftsdeltagande ungefär 25 procent, att jämföra med nästan 80 procent i dag.

Diagram 4.1. Antal sjukdagar i relation till arbetskraftens storlek, 1965-2004



Nye regler i 1992

År 1992 infördes regeln om att arbetsgivarna betalar sjuklön under de första två sjukskrivningsveckorna, ett år senare infördes en karenssdag. Dessa förändringar i kombination med den djupa konjunkturedgången bidrog gemensamt till den rekordlåga nivån på utbetalda sjukskrivningsdagar i mitten på 1990-talet.

Sjukskrivningsnivån mellan 1993 och 1997 blev mycket låg sett i ett längre perspektiv. Därefter vidtog en kraftig ökning mellan 1997 och 2002. Man får gå tillbaka till högkonjunkturåren i slutet av 1980-talet för att hitta liknande nivåer. Samtidigt blev antalet personer med förtidspension (numera aktivitets- och sjukersättning) rekordhøgt och uppgick vid årsskiftet 2004/05 till över en halv miljon personer. Statens utgifter för sjukskrivning och förtidspension uppgick under 2004 till cirka 105 miljarder kronor, vilket i fasta priser är de högsta någonsin om skillnader i ersättningsnivå beaktas.

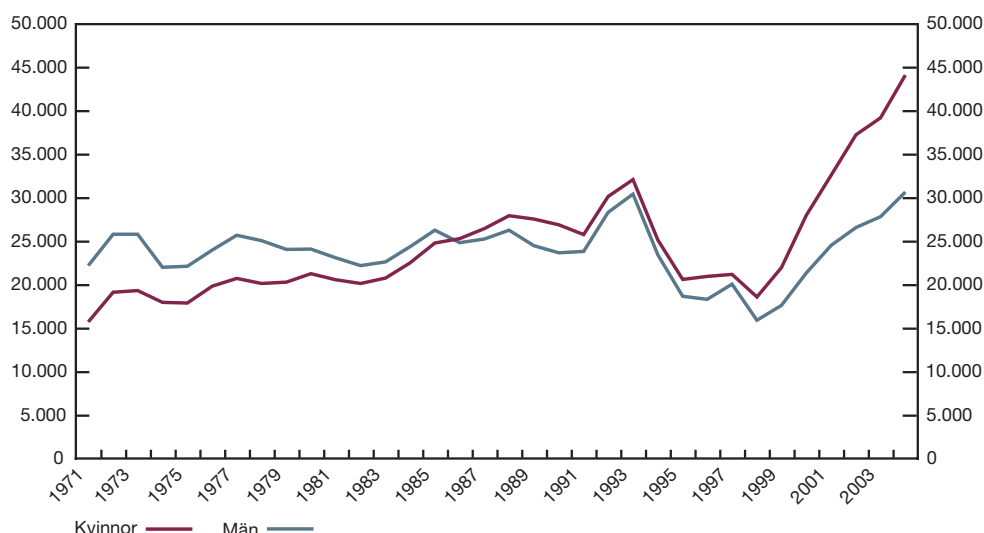
Dagens sjukskrivningsnivå för män är inte särskilt hög i ett långt tidsperspektiv, medan skillnader mellan kvinnor och män tenderar att öka.

De långa sjukskrivningarna har ökat kraftigt

Ökningen av sjukskrivningarna från år 1997 är koncentrerad till långa sjukskrivningar, framför allt till de sjukskrivningar som är längre än 6 månader. Medan de kortvariga sjukskrivningarna varierat under 1990-talet har de längre sjukskrivningarna ökat kraftigt alltsedan 1998. Antalet ersatta dagar för sjukskrivningar med en varaktighet längre än sex månader har tredubblats sedan år 1993 och statens utgifter för de långa sjukskrivningarna utgjorde 63 procent av de totala utgifterna för sjukpenning år 2004.

Många av de längre sjukfallen övergår vanligen i förtidspension. Antalet nybeviljade förtidspensioner har varierat under senare år. I slutet av 1990-talet nybeviljades relativt få förtidspensioner – en utveckling som under de senaste fyra åren förbytts till ett relativt högt nybeviljande. År 2004 beviljades 75.000 personer förtidspension, vilken är den högsta nivån på många år.

Diagram 4.2. Antalet nya förtidspensioner 1971-2004



Det förändrade diagnospanoramats kan vara en anledning till svårigheterna att avsluta de långa sjukfallen. Antalet sjukskrivna på grund av psykiska besvär har ökat kraftigt under de senaste åren, och utgör cirka 20 procent av sjukfallen. Fortfarande dominerar emellertid rörelseorganens sjukdomar som den vanligaste diagnosen och omfattar cirka 30 procent av sjukfallen.

Flera utredningar har konstaterat att ökningen av sjukskrivningarna sedan 1997 varit ungefär lika stor i alla grupper. Sjukskrivningen bland kvinnor har emellertid ökat något starkare än bland män.

Antalet personer med aktivitets- eller sjukersättning uppgick vid årsskiftet 2004/05 till 540.000. Det innebär att en nettoökning med cirka 120.000 personer har ägt rum sedan 1990. Kvinnorna utgör cirka 55 procent av gruppen och utbildningsnivån är låg i förhållande till hela befolkningen.

Den ökade andelen deltidssjukskrivningar tyder på att en eller flera av de olika aktörerna inom området – den sjukskrivne, försäkringens administration, arbetsgivare och läkare – agerar på ett mer aktivt sätt än tidigare för att den sjukskrivne skall kunna ta tillvara eventuell restarbetsförmåga och återgå till arbete på deltid.

I Sverige finns ett tydligt samband mellan konjunkturer och sjukfrånvaro som innebär att när arbetslösheten är hög är sjukfrånvaron låg och vice versa. Detta samband har varit stabilt över flera konjunkturcykler.

I en rapport från ESO studeras utvecklingen av sjukfrånvaron i några europeiska länder. Där visar det sig att i Sverige, Norge och Nederländerna finns ett tydligt samband mellan utvecklingen av sjukfrånvaro och arbetslöshet över tiden. I andra länder saknas detta samband.

Sjukskrivningar i olika delar av arbetsmarknaden

Det faktum att sjukskrivningen varierar på olika delar av arbetsmarknaden har ofta tagits till intäkt för att arbetsmiljön och dess förändringar har stor betydelse för såväl hälsa som sjukskrivningar. Det har i flera sammanhang bl.a. framkommit att sjukskrivning och sjukfrånvaro är högre i den offentliga sektorn jämfört med den privata. Särskilt hög är sjukskrivningen i den primärkommunala sektorn.

80 procent av de anställda i primärkommunerna är kvinnor

I primärkommunerna är 80 procent av de anställda kvinnor, vilket självfallet påverkar sektorns sjuktal eftersom sjukskrivning bland kvinnor är betydligt högre än bland män. Personalen i kommunerna har vidare en högre medelålder än arbetskraften i sin helhet – det skiljer cirka 1,5 år. Även detta påverkar sjuktagen, som ökar med ålder.

Men även om man tar hänsyn till dessa skillnader i personalens sammansättning, är sjuktagen högre i primärkommunerna än i andra sektorer, särskild i åldrar över 50 år.

Det finns ännu inga studier som visar om den höga sjukskrivningen i kommunerna är ett resultat av brister i arbetsmiljön, om otillräckliga ekonomiska resurser ger en hög arbetsbelastning, eller om det är arbetets art i sig som ger höga sjukskrivningar. Eftersom de kommunala huvudverksamheterna skola, barnomsorg och äldreomsorg till 90 procent bedrivs i kommunal regi är en sådan jämförelse svår att göra.

Bland de kommunala verksamheterna är sjukskrivningarna högst inom äldre- och barnomsorgen, men betydligt lägre inom skolan. Sjukskrivningarna bland kvinnor inom skolan är emellertid lika höga som inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården. Manlig kommunal personal är varken mer eller mindre sjukskriven i kommuner än i andra sektorer.

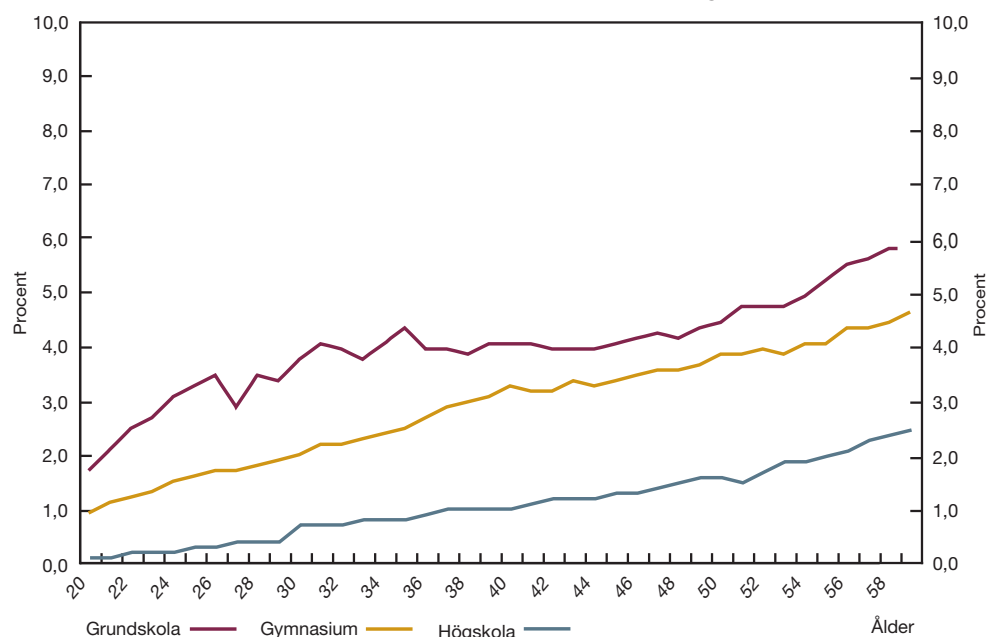
Bland de branscher som domineras av verksamhet i privat regi finns de högsta sjuktagen inom vissa industribranscher. Lägst sjukskrivning återfinns inom tjänstemannabranscher med hög inkomst/utbildning, t.ex. finansiella tjänster.

Kvinnor och män

Kvinnor har under lång tid varit överrepresenterade bland de sjukskrivna. Innan kvinnor på allvar kom in på arbetsmarknaden var naturligt nog kvinnors andel av sjukskrivningarna oftast – men inte alltid – mindre än hälften. Från början av 1980-talet, när kvinnors sysselsättningsgrad nådde ungefär samma nivåer som mäns, har kvinnors andel av sjukskrivningarna ökat – särskilt under högkonjunkturer – och omfattade cirka två tredjedelar av alla sjukskrivningsdagar under första halvåret 2003.

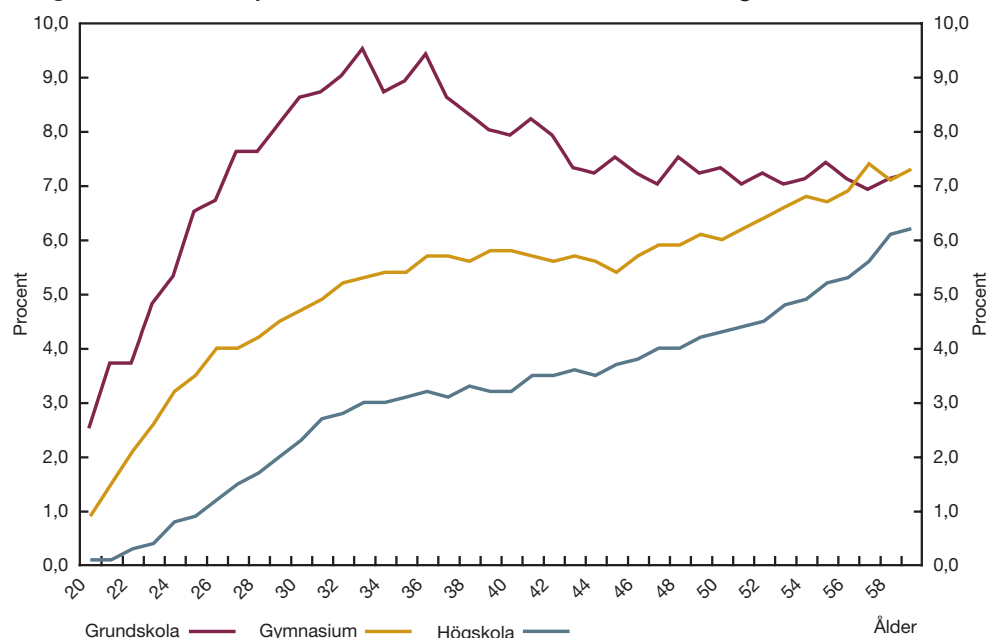
Kvinnor är mer sjukskrivna än män i alla grupper oavsett ålder, utbildning, familjetyp, bransch osv. Storleken på skillnaderna kan variera beroende på efter vilken indelningsgrund jämförelserna görs. Nivån på sjukskrivningarna sammanfaller med ålder och utbildningsnivå, vilket framgår av diagrammen nedan.

Diagram 4.3. Andel sjukskrivna män efter ålder och utbildningsnivå 2001



Den största skillnaden mellan kvinnor och män gäller högskoleutbildade. Medan kvinnor med lägre utbildningar har en sjukskrivning som är ungefär dubbelt så hög som mäns, har högskoleutbildade kvinnor en sjukskrivning som ligger 3 till 6 gånger högre än mäns. Allvarligt är också att kvinnor med låg utbildning har en mycket hög sjukskrivningsnivå redan i unga åldrar.

Diagram 4.4. Andel sjukskrivna kvinnor efter ålder och utbildningsnivå 2001



Bland olika familjetyper har ensamstående kvinnor med barn den högsta sjukskrivningen i åldrar mellan 28 och 50 år. I åldrarna upp till 26 år har gifta/samboende kvinnor med barn de högsta sjuktalen. Bland män finns inte lika stora skillnader mellan olika familjetyper.

Det faktum att kvinnor är mer sjukskrivna än män har ett antal dimensioner, men forskningen om orsaker till detta är hittills inte särskilt omfattande.

Politisk bakgrund

I juli 2004 var 5 procent av befolkningen i yrkesverksam ålder sjukskrivna och 8,5 procent hade aktivitets- och sjukersättning (före detta förtidspension).

Sammantaget innebär detta att nästan 14 procent av befolkningen i arbetsför ålder är borta från arbetslivet på grund av ohälsa.

Regeringen har inom ramen för en strategi för hälsa i arbetslivet presenterat en rad olika åtgärder för att komma till rätta med ökningen av framförallt de långa sjukskrivningarna. Ansvarigt statsråd för sjukförsäkringsfrågor är fr.o.m. år 2002 arbetslivsministern som också ansvarar för arbetsmarknads- och arbetsmiljöfrågorna.

11-punktsprogrammet

Strategin inleddes 2001 med ett 11-punktsprogram. I december 2003 presenterade regeringen tillsammans med vänsterpartiet och miljöpartiet de gröna en avsiktsförklaring om åtgärder för att åstadkomma ett hälsosammare arbetsliv.

Strategin är inriktad på två huvudområden. Det ena är åtgärder för att förebygga ohälsa i arbetslivet och det andra åtgärder för att ge sjukskrivna möjlighet till snabb återgång till arbete. Inriktningen är att sätta den försäkrade i centrum och att göra arbetsgivarens ansvar tydligare. Vidare skall utgiftsutvecklingen inom sjukförsäkringen hejdas och göras långsiktigt samhällsekonomiskt stabil.

Strategin bygger på insikten att det krävs insatser på ett flertal olika områden för att komma till rätta med den komplexa problembilden bakom ohälsan i arbetslivet. Genom att fler människor ges förutsättningar att stanna kvar i eller återgå till arbete kan strategin medverka till att höja arbetsutbudet och bidra till en ökad tillväxt.

Halvering av sjukfrånvaron

Ett mål om halvering av sjukfrånvaron mellan åren 2002 och 2008 har formulerats. Arbetsmarknadsparternas arbete och ansvarstagande är centralt när det gäller hälsan i arbetslivet. Regeringen har därför inledningsvis fört samtal med arbetsmarknadens parter för att bl.a. skapa samsyn kring insatserna i strategin. Frågor som bland annat har diskuterats rör arbetsorganisation, ledarskap på arbetsplatserna, utbildning i arbetsmiljöfrågor, äldre i arbetslivet, ekonomiska drivkrafter, företagshälsovård, rörlighet på arbetsmarknaden och rehabilitering.

I det förebyggande arbetsmiljöarbetet är det lokala arbetet på arbetsplatserna i samverkan mellan arbetsmarknadens parter av grundläggande betydelse. Inom ramen för strategin har åtgärder vidtagits för att framförallt stärka det lokala arbetsmiljöarbetet. Åtgärderna har avsett företagshälsovården och de regionala skyddsombudens verksamhet, stöd till försöksverksamhet inom den offentliga sektorn samt hälsobokslut, bl.a. i form av krav på redovisning av sjukfrånvaro i årsredovisningen.

Inom ramen för regeringens strategi har förändringar i sjukförsäkringen genomförts för att öka precisionen vid sjukskrivning. Inom rehabiliteringsområdet har en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen inletts och samarbetet mellan olika sektorer och aktörer har förstärkts.

Ett hälsosammare arbetsliv

I avsiktsförklaringen Ett hälsosammare arbetsliv har samarbetspartierna angett åtgärder som är viktiga för att upprätthålla en rättvis och hållbar sjukförsäkring.

Initiativ

För att vända den negativa utvecklingen och för att öka kraften i genomförandet av åtgärder har regeringen satt upp ett nationellt mål för ökad hälsa i arbetslivet.

Nationellt mål att halvera sjukfrånvaron

Målet är att frånvaron från arbetslivet på grund av sjukskrivning skall halveras fram till 2008 i förhållande till 2002. Parallellt skall antalet nya aktivitets- och sjukersättningar minska. Hänsyn skall tas till den demografiska utvecklingen under perioden. Målet skall följas upp årligen.

Det förebyggande arbetsmiljöarbetet

De regionala skyddsombudens verksamhet har getts ökat statligt stöd. Utökade medel har vidare getts till metodutveckling och utbildning inom företagshälsovården. Arbetsmiljöverket har fått resursförstärkningar genom en höjd anslagsnivå från och med 2004. En viktig uppgift i verkets tillsynsarbete är att se till att kraven på ett systematiskt arbetsmiljöarbete (SAM) på arbetsplatserna genomförs.

En särskild utredare har sett över ett antal frågor som rör företagshälsovården. Utredaren har slutredovisat uppdraget under hösten 2004.

Krav på obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron

Från den 1 juli 2003 har det i redovisningslagstiftningen införts krav på obligatorisk redovisning av sjukfrånvaron. Det innebär att uppgifter om sjukfrånvaro skall lämnas i årsredovisningen och att redovisningen skall vara jämförbar för privata företag, kommuner, landsting och statliga myndigheter. En avsikt med denna lagstiftning är att tydliggöra situationen när det gäller sjukfrånvaron och därmed öka medvetenheten om ohälsan, dess orsaker och konsekvenserna för verksamheten.

Det bedrivs särskilda, av regeringen stödda, försöksprojekt inom den offentliga sektorn för att förebygga och minska sjukfrånvaron och motverka långtidssjukskrivningar. En slutlig utvärdering skall redovisas under 2006.

Insatser genomförs i syfte att stärka och utveckla metoder och modeller för samverkan mellan flera arbetsgivare. Samverkan skall avse det förebyggande och rehabiliterande arbetet och kan t.ex. bedrivas i form av s.k. arbetsgivarringar.

En översyn av vissa bestämmelser i arbetsmiljölagen genomförs för närvarande. I översynen utreds bl.a. behovet av en förbättrad samordning mellan inflytandereglerna i medbestämmandelagen och samverkansreglerna i arbetsmiljölagen. Vidare utreds hur vissa regler skulle kunna göras dispositiva för att ge möjlighet åt arbetsmarknadens parter att genom kollektivavtal reglera vad arbetsgivaren skall göra för att fullgöra sina skyldigheter vad gäller systematiskt arbetsmiljöarbete och rehabilitering.

Informationssatsningar för hälsa i arbetslivet

Informationssatsningar för hälsa i arbetslivet har genomförts under 2003 och 2004 och ett särskilt arbetsmiljöråd under ledning av arbetslivsministern har tillsatts med företrädare för samarbetspartierna samt skyddsombud och andra företrädare för faktliga organisationer, företrädare för arbetsgivarorganisationer, forskare, företagshälsovården, myndigheter och organisationer aktiva inom området.

Ökad precision vid sjukskrivning

Den 1 juli 2003 genomfördes förändringar i sjukförsäkringen i syfte att öka precisionen vid sjukskrivning.

Den återstående arbetsförmågan bör tas tillvara i ökad utsträckning. Uppmärksamheten bör vara riktad på den arbetsförmåga som den försäkrade har – inte på arbet-

soförmågan. Underlagen för beslut om sjukskrivning skall bli bättre. Utbildningen i försäkringsmedicin har förstärkts och försäkringsläkarna har blivit fler.

Deltidssjukskrivning minskar risken för passivisering

En ökad användning av deltidssjukskrivning minskar risken för passivisering. Det är viktigt att den enskilde behåller kontakten med arbetsplatsen. Möjligheten att återkomma i arbete minskar mycket snabbt redan efter tre månaders sjukskrivning. Försäkringskassan skall vid behov begära att den försäkrade skall delta i ett avstämningsmöte för bedömning av det medicinska tillståndet, arbetsförmågan samt behovet av och möjligheterna till rehabilitering. Avstämningsmöten kan ske mellan de försäkrade och Försäkringskassan, den intygsskrivande läkaren, arbetsgivaren och företagshälsovården. Dessutom kan en facklig företrädare på den försäkrades begäran delta i mötet. Försäkringskassan kan även begära ett särskilt läkarutlåtande om den ytterligare behöver förbättra eller fördjupa sitt beslutsunderlag.

Rehabiliteringsutredning

En rehabiliteringsutredning skall alltid påbörjas av arbetsgivaren om den försäkrade till följd av sjukdom har varit frånvarande från arbetet under längre tid än fyra veckor, om arbetet ofta har avbrutits av kortare sjukperioder eller om den försäkrade begär det. Utredningen skall lämnas till Försäkringskassan senast när sjukfallet har pågått i åtta veckor.

Försäkringskassan åläggs – om det inte kan anses obehövt – att senast två veckor efter det att arbetsgivarens rehabiliteringsutredning har kommit in till Försäkringskassan upprätta en rehabiliteringsplan tillsammans med den sjukskrivne eller kalla denne till ett avstämningsmöte. Om den sjukskrivne saknar arbetsgivare och Försäkringskassan skall klargöra dennes behov av rehabilitering skall motsvarande gälla tio veckor efter sjukanmälningsdagen.

Förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Regeringen har gett Arbetsmarknadsstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att inleda en förnyelse av den arbetslivsinriktade rehabiliteringen på följande tre punkter:

1. Utveckling av en metod för tidig fördjupad bedömning av arbetsförmågan och behovet av rehabilitering.
2. Utveckling av metodiken i försäkringskassornas handläggning av sjukfall och rehabiliteringsärenden.
3. Genomförande av pilotverksamhet av en samordnad organisation mellan Försäkringskassan och arbetsförmedlingen för sjukskrivna arbetslösa.

Regeringen har även gett Arbetsmarknadsstyrelsen och Försäkringskassan i uppdrag att utarbeta förslag till hur den arbetslivsinriktade rehabiliteringen skall kunna utformas för att stärka arbetslinjen i sjukförsäkringen så att fler sjukskrivna fortare kan återfå sin arbetsförmåga och få ett arbete. Förslagen skall avse såväl arbetslösa sjukskrivna som sjukskrivna med en anställning som de bedöms inte kunna återgå till.

Samverkan inom rehabiliteringsområdet

I propositionen Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m.m. klargörs behovet av samverkan mellan berörda myndigheter för att stödja dem som behöver särskilda insatser inom rehabiliteringsområdet. Sedan 2003 får försäkringskassa och länsarbetsnämnd använda 5 procent av de beräknade utgifterna för sjukpenning för samverkan inom rehabiliteringsområdet.

Finansiell samordning kan ske frivilligt

Finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet

Den 1 januari 2004 infördes en permanent finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet. Finansiell samordning kan ske frivilligt mellan en försäkringskassa, en länsarbetsnämnd, ett landsting samt en eller flera kommuner. Därigenom skall en effektiv resursanvändning underlättas. Målgruppen för den finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna för att uppnå eller förbättra sin förmåga till förvärvsarbete.

En sammanhållen administration för socialförsäkringen

Till och med 2004 bestod socialförsäkringens administration av Riksförsäkringsverket som central myndighet och 21 försäkringskassor som var fristående från staten. Från och med 2005 bildar dessa en sammanhållen statlig myndighet, Försäkringskassan. Den nya socialförsäkringsadministrationen har utformats så att förutsättningarna för att komma tillrätta med de administrativa brister som uppmärksammats i olika sammanhang blir bättre, t.ex. att det finns stora skillnader mellan hur reglerna tillämpas och hur människor blir bemötta i olika delar av landet. Dessutom skapas det bättre förutsättningar för att genom gemensamma förhållningssätt bryta ohälsoutvecklingen.

Arbetsgivare ska stimuleras till aktiva insatser för att minska sjukfrånvaron

Arbetsgivares medfinansieringsansvar

Från och med den 1 januari 2005 har arbetsgivarna fått ett medfinansieringsansvar på 15 procent av sjukpenningkostnaden för anställda. Arbetsgivarens medfinansiering ska gälla så länge hel sjukpenning betalas ut till arbetstagaren. Medfinansieringsansvaret upphör således om den försäkrade beviljas rehabiliteringspenning eller kommer tillbaka till arbetet på deltid.

Avsikten med förslaget är att arbetsgivare ska stimuleras till aktiva insatser för att minska sjukfrånvaron. I de fall där arbetsgivare initierat ett systematiskt arbete kring hälsofrågor och sjukfrånvaro minskar sjukfrånvaron. De ekonomiska drivkrafterna ska stimulera till ett ökat engagemang på landets arbetsplatser. Sjukförsäkringsavgiften sänks så att förslaget blir kostnadsneutralt i förhållande till arbetsgivarkollektivet. Förslagen innehåller vidare bl.a. utformning av ett högkostnadsskydd och ett skydd för utsatta grupper på arbetsmarknaden.

Samtidigt förkortas sjuklöneperioden från 21 till 14 dagar och sjukpenningen återställs till 80 procent av den sjukpenninggrundande inkomsten.

Särskilda informations-satsningar för ökad hälsa i arbetslivet

Informationsinsatser

Regeringen har genomfört särskilda informationssatsningar för ökad hälsa i arbetslivet. Målet med satsningarna har varit att aktiviteterna skall öka samverkan mellan målgrupperna och stimulera till samtal på arbetsplatserna om frågor som rör hälsan i arbetslivet och hur den kan öka. Huvudsakliga målgrupper har varit arbetsgivare, chefer, skyddsombud och andra arbetstagarrepresentanter samt läkare.

Erfarenheter

En viktig åtgärd har varit att på olika sätt ändra de olika aktörernas, dvs. läkares, socialförsäkringsadministrationens och de försäkrades, förhållningssätt till sjukskrivning. Detta har lyckats till viss del. Det gäller framför allt inställningen till deltidssjukskrivningarna.

Andelen ersatta dagar för deltidssjukskrivning av samtliga ersatta dagar har ökat från ca 26 procent till ca 34 procent mellan 2002 och 2004.

Även regeringens intentioner att byta ut sjukpenning mot sjukersättning, när detta är befogat, har fått gehör i socialförsäkringens administration.

Lång tid att genomföra utbildningsinsatser och implementera nya arbetsmetoder

De senaste årens nedgång av antalet sjukskrivningar kan fortvarande till stor del hänföras till ett minskat inflöde. Detta i sin tur hänger troligen samman med det försämrade arbetsmarknadsläget. Nybeviljandet av förtidspensioner har dock ökat kraftigt under de senaste åren och följaktligen bidragit till att antalet långtidssjukskrivna har minskat under senare år.

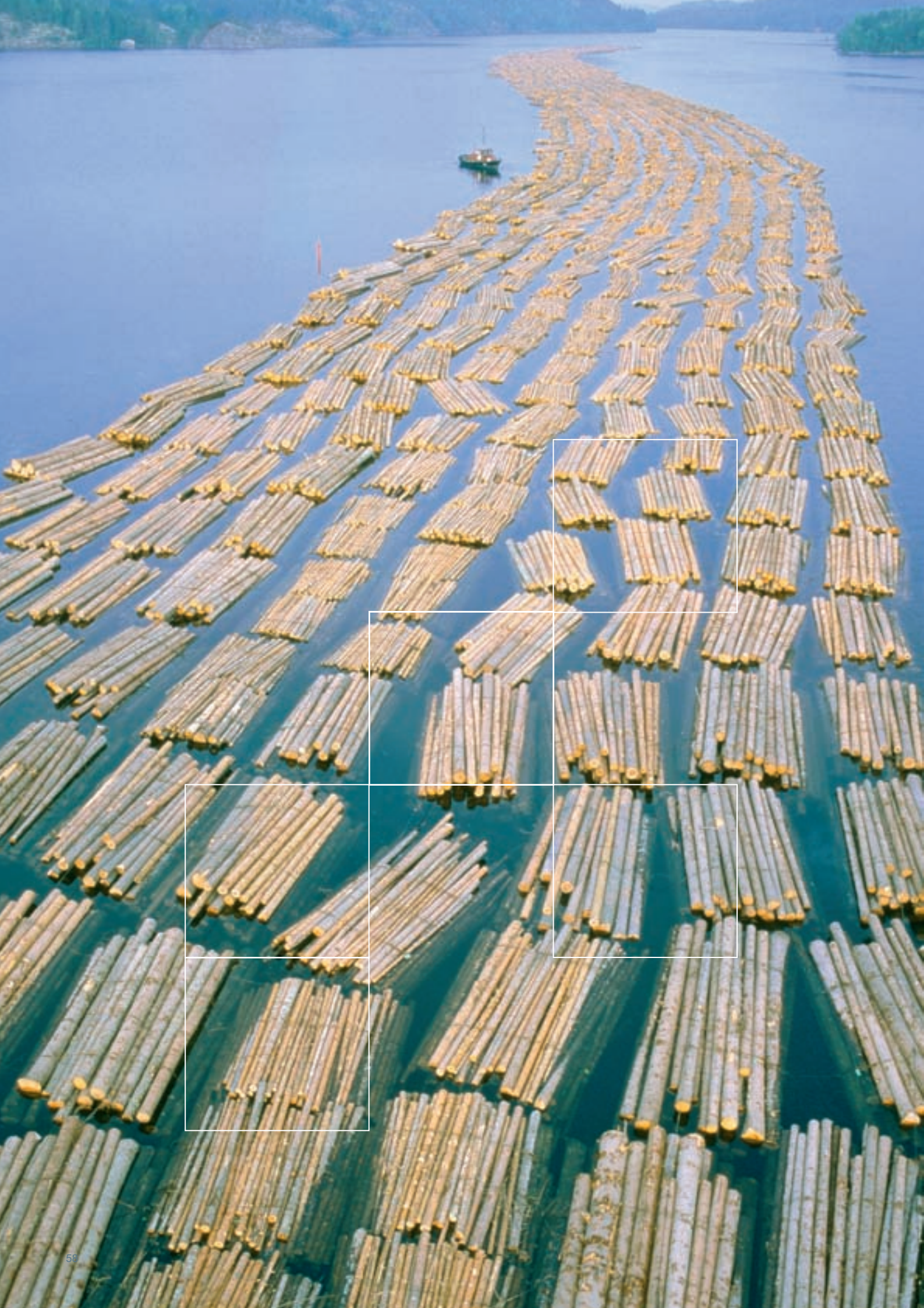
Ett antal åtgärder har också vidtagits för att effektivisera och professionalisera sjukskrivningsprocessen. En erfarenhet av detta är att det har tagit relativt lång tid att genomföra planerade utbildningsinsatser och implementera nya arbetsmetoder. Förhoppningen är att denna typ av förändringar framöver underlättas av att socialförsäkringsadministrationen från och med år 2005 bildar en sammanhållen gemensam statlig myndighet, Försäkringskassan.

Det finns även tecken på att förskjutningar i attityderna till sjukskrivning kan ha haft betydelse för den kraftiga uppgången i slutet 1990-talet och början av 2000-talet. Bland annat kan vissa regionala skillnader i sjukskrivningsfrekvensen inte förklaras av olika strukturella skillnader mellan länen. Ändrade attityder hos arbetsgivare, läkare och de försäkrade kan också vara en möjlig delförklaring till de senaste årens nedgång i sjukskrivningar.

Den debatt som förekommit och beslutet om arbetsgivarens ansvar för medfinansiering av 15 procent av sjukpenningkostnaderna har sannolikt stimulerat arbetsgivarna till aktiva insatser och ett ökat engagemang på landets arbetsplatser för att minska sjukfrånvaron på olika sätt, t.ex. genom ett förstärkt arbetsmiljöarbete.

Ytterligare åtgärder för en hållbar sjukförsäkring

I den av samarbetspartiernas gemensamt avgivna avsiktsförklaringen Ett hälsosamt arbetsliv anges en förstärkt sjukförsäkring och satsningar som ska förbättra arbetsmiljöarbetet som verkningsfulla åtgärder för att halvera antalet sjukdagar till 2008. Särskilt fokus bör riktas mot kvinnors ohälsa och strategier för att förebygga ohälsa bland kvinnor måste utarbetas.



4.6 Finlands initiativ på sygefraværsområdet

Sjukfrånvaroproblemet

Förbättringen av befolkningens arbets- och levnadsförhållanden och hälsotillstånd har fortsatt även i Finland. Man måste dock fästa uppmärksamhet vid att förebygga tilltagande övervikt, att motarbeta en fortsatt ökning av alkohol- och narkotikabruk samt att försöka förhindra de sjukdomar och sociala problem som hänger samman med detta. Den relativa andelen av den åldrade befolkningen har ökat. Dessa trender torde också ha sina effekter på utnyttjandet av sociala förmåner, såsom sjukdagpenning.

Finlands största problem beträffande social trygghet är arbetslösheten och därav följande hög utnyttjandegrad av utkomstskydd och åtgärder. Det är anmärkningsvärt att Finland kommer långt efter sina grannar i användningen av kompenserande förmåner när det gäller både kort- och långvarig arbetsoförmåga. I Finland fanns mottagare av sjukdomsbaserade förmåner, dvs. invalidpension och sjukpenning, i genomsnitt knappt 10 procent av befolkningen i arbetsför ålder, jämfört med drygt 13 procent i Sverige och 15 procent i Norge. I stället för att bara minska sjukfrånvaron är det ett centralt mål i Finland att förlänga arbetskarriären och höja den genomsnittliga pensionsåldern.

Enligt Statistikcentralens arbetskraftsundersökning var antalet sjukdagar år 1995 i genomsnitt 7,7 dagar per sysselsatt person. Antalet sjukdagar sjönk därefter i en jämn takt ända fram till år 1998, till 6,7 för män och 8,2 för kvinnor. Sedan dess har sjukfrånvaron ökat betydligt. År 2002 förlorades i genomsnitt 8,4 dagar per sysselsatt person (7,4 för män och 9,4 för kvinnor).

Antalet sjukskrivningar hade inte ökat under år 2004

Enligt arbetsministeriets nyaste arbetsmiljöbarometer hade antalet sjukskrivningar dock inte ökat under år 2004. I medeltal var frånvaron åtta dagar per sysselsatt person jämfört med 8,5 dagar ett år tidigare. Hos kommunalanställda har man de högsta frånvarosiffrorna och hos statliga anställda de lägsta. Däremellan finns industriarbetare och servicearbetare inom den privata sektorn. Det senaste året var 40% av löntagarna inte borta från jobbet en enda dag.

Stora skillnader mellan branscher

Det finns stora skillnader mellan olika branscher. Antalet sjukdagar har varit störst inom industrin och byggbranschen, inom social- och hälsovården samt inom servicebranschen. Förutom kön och bransch beror sjukfrånvaron också på ålder. Enligt forskning bland kommunalanställda hade män och kvinnor över 50 år 40–50 procent fler sjukdagar än de yngre åldersgrupperna. Kort sjukfrånvaro var dock mer sällsynt bland äldre än bland de yngre åldersgrupperna.

Den vanligaste orsaken till sjukpenningdagar är sjukdomar i stöd- och rörelseorganen och den näst vanligaste är psykiska sjukdomar. Enligt Folkpensionsanstaltens statistiska årsbok inleddes år 2003 sammanlagt 343.380 sjukdagpenningsperioder.

Sjukdomar i stöd- och rörelseorganen utgjorde 32,6%, psykiska sjukdomar 15,6% och skador, förgiftningar och liknande 14,2% av de inledda perioderna.

Av utbetalda dagpenningar utgjorde sjukdomar i stöd- och rörelseorganen 32,1%, psykiska sjukdomar 21,9% och skador och liknande 13,0%. Periodens längd år 2002 var för sjukdomar i stöd- och rörelseorganen i genomsnitt 39,6 dagar, för psykiska sjukdomar 71,1 dagar och för skador och liknande 38,1 dagar.

Även Industrins och Arbetsgivarnas Centralförbund har informerat om sin synpunkt gällande sjuk- och olycksfallsfrånvaro. Det anser att minskning av frånvaron kan sänka produktionskostnaderna, effektivisera användningen av arbetstiden och personalresurserna samt förbättra räntabiliteten i industrin. Viktiga förfaringssätt är uppföljning av tidsanvändning och frånvaro, utredning och eliminering av orsaker till de vanligaste sjukskrivningarna samt kalkylmodeller för uppskattning av kostnader.

Överanvändning av sjukdomsskyddet förhindras effektivt

I Finland, liksom i Sverige och Norge, är den sjukdomsbaserade förmånen för de försäkrade vanligen förmånligare än arbetslöshetsbidraget. I Finland har överanvändning av sjukdomsskyddet också effektivt förhindrats genom välordnad kontroll. Mekanismer som kontrollerar användningen av förmånerna är företagshälsovårdens centrala roll samt klara ansvar mellan det decentraliserade beslutssystemet och den centraliserade styrnings- och kontrollpraxisen. Användning av sjukdagpenning förebyggs också genom en centraliserad beslutsmekanism för invalidpensioner. Å andra sidan har Finland haft brist på mekanismer som i tid kunde ha anvisat arbetslösa med nedsatt arbetsförmåga till vård och rehabilitering. Generellt torde det inte finnas någon risk för ohejdad tillväxt av de sjukdomsbaserade förmånerna.

Livlig forskning kring psykosociala och andra faktorer som prognostiserar sjukfrånvaro

Forskningen kring psykosociala och andra faktorer som prognostiserar sjukfrånvaro har varit ganska livlig i Finland. Man har till exempel varnat för fel 'presenteism' i vissa fall. En förhöjd risk för hjärtinfarkt hos män som har hälsoproblem utan sjukskrivning, jämfört med män med hälsoproblem men som också är sjukskrivna i rimlig utsträckning, konstaterades i en nyligen publicerad undersökning. Samma forskare hade tidigare rapporterat att långvarig sjukfrånvaro är ett gott mått på hälsa, när mortalitetsrisk används som kriterium. Forskargruppen har även konstaterat att långvarig frånvaro effektivt kan förutsäga förtida pensionering.

Politisk bakgrund

Att öka arbetslivets attraktionskraft är en viktig prioritering i det nuvarande regeringsprogrammet. Målet är bl.a. att förlänga anställningstiden, förbättra orken i arbetet, satsa på upprätthållande av arbetsförmågan och beakta den åldrande arbetskraftens speciella behov. Regeringsprogrammets mål har tagits upp som konkreta åtgärder i regeringens strategidokument.

VETO-program 2003-2007

Man har igångsatt ett s.k. VETO-program 2003–2007, som syftar till att finna lämpliga åtgärder för att öka arbetslivets attraktionskraft. Programmet är ett av social- och hälsovårdsministeriets samarbetsprojekt. Åtgärderna inriktas på arbetet och arbetsplatser och respektive organisationer, samt på de områden som har betydelse för verksamhet som syftar till att upprätthålla och främja arbetsförmågan. Dessutom är målet att förhindra utslagning från arbetslivet samt att förhindra förtida arbetsförmåga och förbättra möjligheterna att återgå till arbete.

Mål att minska sjukfrånvaro från 2002 till 2007 med 15 procent.

Till VETO-programmets mål hör att minska sjukfrånvaron från 2002 till 2007 med 15 procent.

Som en del av VETO-programmet 2003-2007 och social- och hälsovårdsministeriets åtgärder för att öka arbetslivets attraktionskraft görs år 2005 en utredning om möjligheter att minska långa sjukfrånvaroperioder och nya fall av arbetsförmåga. I detta sammanhang utreds även företagshälsovårdens och rehabiliteringssystemets utvecklingsbehov.

Brist på läkare i landet

På grund av brist på läkare i landet ingår det i statsminister Matti Vanhanens regeringsprogram att tillsammans med arbetsmarknadsorganisationerna bereda ett lagförslag som minskar behovet av läkarintyg för kortvarig sjukfrånvaro. Det är svårt att

förutspå om en sådan lag kommer att minska kontrollen av sjukfrånvaron så att antalet sjukdagar ökar.

En annan sak som ingår i statsminister Matti Vanhanens regeringsprogram är att sjukförsäkringens finansiering förnyas enligt en arbetsgruppspromemoria från år 2003. Den nya modellen träder i kraft i början av 2006. Sjukförsäkringens kostnader finansieras till hälften av de försäkrades premier och till hälften av staten.

Initiativ

Arbetsmiljökommittén, som i början av 1990-talet utredde arbetslivets och arbetsmiljöns tillstånd, betonade i sitt betänkande betydelsen av modeller som kan tillämpas av de politiska beslutsfattarna och på företagsnivå. Kommittén föreslog att forskningen om arbetsmiljöns ekonomiska betydelse skulle ökas för att mer exakt och tillämpningsbar kunskap om området skulle bli tillgänglig.

Ett utvecklingsprogram för arbetsmiljöekonomi utarbetades för åren 1993–1994. Syftet med detta program var att styra hela arbetarskyddsförvaltningens verksamhet så att man planmässigt kunde göra framsteg i resultatmålen i anslutning till arbetsmiljöekonomi. Programmet innehöll flera åtgärder och projekt på fyra områden: konsekvensanalyser, nationalekonomiska effekter av bristfälliga arbetsförhållanden, myndighetsverksamhetens ekonomiska effekter samt modeller för företagsnivån.

I mitten av 1990-talet inleddes ett arbetsmiljöprojekt som utarbetades tillsammans med arbetsmarknadsorganisationerna. Projektet producerade analys- och beräkningsmodeller för företagsnivån på åtta delområden såsom sjukfrånvaro, arbetsolycksfall, pensioner och produktivitet. Senare samlades resultaten till en bok med titeln „Ekonomi och arbetsmiljö“. Arbetarskyddsförvaltningen publicerade även andra texter, såsom „Vad kostar sjukfrånvaron?“ (1996) eller „Mindre sjukfrånvaro – kunskande till bättre bruk“ (1999). Under åren 1997 och 1998 genomförde arbetarskyddsmyndigheterna också ett internt utvecklingsprojekt kallat „Ekonomi som tillsynsverktyg“. Målet var att öka tillsynsmyndigheternas kunskap om arbetsmiljöekonomin och utnyttjandet av modellerna. Avsikten var också att stöda företagens interna arbetsmiljöarbete.

Den aktiva och helhetsinriktade uppföljningen av sjukfrånvaron torde vara effektiv för att förebygga arbetsoförmåga. När man reviderade lagen om företagshälsovård, som trädde i kraft i början av 2002, skrevs det in i lagen att arbetsgivaren har rätt att lämna uppgifter om sjukfrånvaro till företagshälsovården.

Som en del av det ovannämnda VETO-programmet 2003–2007 har en arbetsgrupp inom social- och hälsovårdsministeriet nyligen undersökt psykiska sjukdomar som orsak till invalidpensioner. Under 1990-talet har antalet nya invalidpensioner på grund av depression fördubblats, samtidigt som totala antalet invalidpensioner har minskat. För att motverka denna trend har arbetsgruppen planerat möjliga åtgärder som gäller även sjukfrånvaro. Arbetsgruppen påpekar att utvecklingen av antalet sjukdagpeningsbeslut följer trenden för invalidpensioner.

Sjukfrånvaro orsakad av psykiska sjukdomar kan enligt arbetsgruppen minskas med ett tidigt omhändertagande, god vård och socialt stöd. Företagshälsovården borde förbättra sin praxis för tidiga åtgärder, bl.a. genom att aktivt följa vården och rehabiliteringen under sjukfrånvaron och genom att utveckla mått för åtgärdsindikatorer.

Forskningen om arbetsmiljöns ekonomiska betydelse ökas

Analys- och beräkningsmodeller

Antalet nya invalidpensioner på grund av depression har fördubblats

En fasmodell för dem som återkommer till jobbet efter sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom

Arbetsgruppen föreslår t.ex. att man på arbetsplatsen systematiskt måste åtgärda en situation i ett tidigt stadium. Behovet av eventuella specialåtgärder måste bedömas senast då sjukdomen har pågått över en månad. Man bör bygga upp en s.k. fasmodell för dem som återkommer till arbetet efter sjukfrånvaro på grund av psykisk sjukdom. Arbetstagaren och arbetsgivaren bör svara för detta tillsammans med experter. Som principer nämns tidigt ingripande, organisering av vård och återgång till arbete, liksom åtgärder riktade mot att förbättra arbetsförhållandena och individens livssituation. Senast efter tre månaders sjukfrånvaro måste man säkerställa att adekvata specialistundersökningar görs inom specialistsjukvården och att vården och rehabiliteringen organiseras i linje med vårdgarantin.

Erfarenheter

Arbetspensionssystemet ombesörjer riktad rehabilitering för dem som är i behov av rehabilitering för att förebygga arbetslöshet. Målet är att upprätthålla och främja personens arbets- och förvärvsduglighet och att således stödja personen att stanna kvar i arbete eller återgå i arbete och på så sätt skjuta upp pensioneringen.

Hela lagstiftningen om rehabilitering reviderades 1992. I de ändringar som trädde i kraft 1996 betonades rehabiliteringsåtgärder som primära jämfört med pensionsbeslut. Eftersom sjukfrånvaro har många samband med avgång från arbetslivet och rehabilitering är det värt att notera några resultat av den yrkesinriktade rehabiliteringen.

En arbetspensionsrehabiliterad person är i typfallet 35–54 år gammal med sjukdomar i stöd- och rörelseorganen och han eller hon har genom utbildning rehabiliterats till ett nytt yrke.

År 2003 avslutade 1.959 personer sitt rehabiliteringsprogram. Av dessa återgick 57 % till arbetslivet och 22 % gick i pension. Kostnaderna för en invalidpension var i genomsnitt 11.400, medan kostnaderna för ett lyckat rehabiliteringsprogram uppgick till 19.400 år 2003. Det betyder att kostnaderna för rehabilitering betalar sig på knappt två år.

För att rehabilitering skall bli framgångsrik måste behovet av rehabilitering observeras i rätt tid. Bland dem som avslutade sin rehabilitering 2003 och hade kommit till rehabilitering från arbetslivet återgick 67 % till arbete och 11 % gick i pension. Bland redan pensionerade som genomgick rehabilitering återgick 39 % till arbetslivet och 43 % återgick till pension.

Risken för arbetsoförmåga kan användas som grund för yrkesinriktad rehabilitering

I syfte att tidigarelägga den yrkesinriktade rehabiliteringen förnyades rehabiliteringslagstiftningen från och med början av år 2004. Lagstiftningen gäller Folkpensionsanstalten och arbetspensionsförsäkringen. I lagen om rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten infördes en bestämmelse som innebär att risken för arbetsoförmåga kan användas som grund för yrkesinriktad rehabilitering. Därmed är det arbetspensionsanstalterna som primärt skall ordna den yrkesinriktade rehabiliteringen för personer som är med i arbetslivet eller som inte ännu har förlorat sin kontakt med arbetslivet. Denna rehabilitering var tidigare en avväggningsfråga.

Framtidens insatsområden

Arbetsgruppen för utredning av partiell dagpenning tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet i april 2003. Uppgiften var att utreda möjligheterna att utveckla sjukdagpenningssystemet för att skapa ett system med partiell dagpenning eller partiell rehabiliteringspenning.

Partiell dagpenning eller partiell rehabiliteringspenning

Arbetsgruppen föreslår att man i sjukförsäkringslagen bestämmer om ett system med partiell dagpenning. Det föreslås att partiell dagpenning används för att stöda arbetstagarens eller företagarens återkomst till arbetet efter en längre period av arbetsoförmåga. Vid en fortsatt utredning bör man utreda med vilka förutsättningar ett system med partiell dagpenning kan användas också före utbetalning av sjukdagpenning som betalas på grund av full arbetsoförmåga eller rentav i stället för sjukpenning.

Enligt arbetsgruppens förslag kommer partiell dagpenning vara en förmån, som är oberoende av sjukdagpenning och som inte inkluderas i maximitiden för betalning av sjukdagpenning eller i beräkning av dagpenningens primärtid. Någon självrisktid kommer inte heller att förknippas med partiell dagpenning.

Partiell dagpenning kan betalas ut när arbetsgivares lönebetalningsskyldighet har upphört enligt lagen, förordningen, kollektivavtalet eller en annan motsvarande bestämmelse eller ett avtal. Utbetalningen av förmånen förutsätter att arbetstagaren har arbetat på heltid och att den heltidsanställda personens arbetstid förkortas genom ett avtal för en viss tid, så att arbetstiden är 40-60 procent av den inom branschen tillämpade arbetstiden för arbetstagare i heltidsarbete, och att lönen blir lägre på ett motsvarande sätt.

För företagare betalas partiell dagpenning då han eller hon trovärdigt kan bevisa en motsvarande förkortning av arbetstiden och minskning av arbetsinkomster.

Arbetsgruppen föreslog även att man i samband med uppföljningen av systemet med partiell dagpenning bör samla in information för att bereda en eventuell utvidgning av systemet. Gruppen föreslog, att de avsedda ändringarna kunde träda i kraft från början av år 2006.

Ett nationellt möte med temat „Sjukfrånvaro och en verkningsfull företagshälsovård och rehabilitering“ skall ordnas i juni 2005 i Åbo. Detta expertmöte organiseras tillsammans med social- och hälsovårdsministeriet, Folkpensionsanstalten och Institutet för Arbetshygien. Målet är att bedöma medel för att hantera och följa upp sjukfrånvaro och vidare att bearbeta rekommendationer för utvecklingsarbetet under de närmaste åren.



4.7 Islands initiativer på sygefraværsområdet

Sygefraværsproblemet

I Island er der stor mangel på oplysninger om sygefraværsproblemet.

„Kjararannsóknarnefnd“ som er et institut der har undersøgt udviklingen i løn og løn relateret aflønning, har set på, hvor stor en andel sygefraværet udgør af den samlede arbejdstid i 31 firmaer. Siden 1985 har sygefraværet udgjort højest 4,6 pct. af arbejdstiden, imens det lavest niveau findes i 1990, hvor sygefravær udgjorde 2,7 pct. af arbejdstiden. Tallene fra 1998 til 2003 har varieret mellem 3 og 3,5 pct., svarende til omkring 8 dages sygefravær om året.

I en populationsundersøgelse fra 2002, omhandlende 2001, var der 10 pct. af mændene som havde 8 eller flere sygefraværsdage, mens tallet for kvinderne var på 18 pct. Dette svarer til et gennemsnitligt sygefravær på mellem 7 og 10 dage. Tallene varierer kraftigt med hensyn til typen af arbejde, og er f.eks. lavere blandt specialister med højere uddannelse end blandt dem som har et job, som ikke kræver speciel uddannelse. Lidt over 6 pct. af specialisterne har været sygemeldt mere end 14 dage, mod 14 pct. af de personer der har et job, som ikke kræver speciel uddannelse.

I 2004 udbetalte trygdekontoret sygepenge til 931 mænd, der i alt fik udbetalt 71 mio. ISK, samt til 1.358 kvinder, der i alt fik udbetalt 123 mio. ISK. Antallet af mænd på arbejdsmarkedet var i 2004 på 85.300, mens antallet af kvinder var 75.800.

I omsorgssektoren har man estimeret, at sygefraværet i år 2000 svarer til gennemsnitligt 9 dage om året. Disse tal varierer med hensyn til arbejdsomgivelserne, f.eks. har dem, som ikke har god plads til deres arbejde, flere sygedage.

Baseret på de begrænsede oplysninger, kan det ikke ses, at der har været de store forandringer i sygefraværet i Island i løbet af de sidste 10 år.

Når dette er sagt, skal det oplyses, at førtidspension på grund af sygdom, især psykiatiske sygdomme samt sygdomme på grund af muskel og skeletproblemer er steget fra 6 pct. blandt kvinder og fra 4,2 pct. blandt mænd i 1992 til 7,9 pct. blandt kvinder og 5,1 pct. blandt mænd i 2003.

Det varierer fra virksomhed til virksomhed, hvordan man skal forholde sig, når man melder sig syg. I et mindre antal virksomheder kræves det, at arbejdstageren ringer til bedriftssundhedstjenesten for at oplyse om sygefraværet. Andre firmaer kræver en lægeattest fra første sygedag, mens atter andre kun kræver det, hvis fraværet bliver langvarigt eller, hvis arbejdsgiveren tvivler på, at der er gode grunde til fraværet. Sygefravær på grund af alkoholmisbrug er ikke godkendt, men en del af arbejdsgiverne betaler løn, hvis arbejdstageren er i sin første alkoholbehandling.

Politisk baggrund

Der har været begrænset fokus på sygefravær i den politiske debat i Island. Men det stigende antal førtidspensionister har medført, at man i stigende omfang har iværksat initiativer i samarbejde med virksomheder f.eks. „workplace health promotion“, hvor arbejdsgivere prøver at lægge vægt på at holde arbejdstagerne raske. I tilknytning til dette, har der også været rehabiliteringsprogrammer, som skal fokusere på dem, som har været sygemeldt i nogen tid og hvor risikoen for, at de forlader arbejdsmarkedet, er blevet rimelig stor. Disse programmer har fået støtte fra sygefondene og trygdekontoret.

Sygefraværskforskningen viser også, at sygefravær er relativt hyppigere blandt de yngre, specielt yngre kvinder. Dette kan ikke kun forklares af børn. På grund af dette, har både sygefondene og trygdekontoret haft speciel fokus på at støtte denne gruppe i at komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Erfaringer

I Island har man et relativt kompliceret system, hvor arbejdstagerne er ansvarlig for de fleste af rettighederne i forbindelse med sygefravær. Dvs. det offentlige kommer ikke ind i billedet før relativt sent. På grund af dette, har man ikke samlet oplysninger om sygefravær ét sted, der vil kunne sammenlignes med andre lande.

Fordelen ved dette system er, at det specielt i mindre virksomheder, bliver „vanskeligt“ at være syg og blive hjemme. Ulempen er, at nogle kommer på arbejde selvom de er syge. Omfanget af dette er uklart, men f.eks. har omkring 30 pct. af lægerne på universitetshospitalet i Reykjavik været på arbejde selvom de var syge i 2002, tallet varierer alt efter hvilken afdeling lægen arbejder på. Sygefraværet for læger var på 1,9 pct., mens den for samtlige ansatte på hospitalet var på 4,8 pct.

Fremtidige indsatsområder

I Island er det blevet mere og mere vigtigt, at få overblik over sygefraværspøblemets omfang, bl.a. på grund af det stigende antal førtidspensionister. Problemet er, hvordan det skal gøres, når registreringen af størstedelen af sygefravær ligger i den enkelte virksomhed.

Set fra Islands side er det vigtigt at bruge samme type målinger, definitioner og opgørelsesmetoder til at måle sygefraværet i hele Norden. I forbindelse med den type målinger skal man dog også være opmærksom på det problem, at nogle mennesker går på arbejde selvom de er syge.

Afsnit 4.7 er udarbejdet af Administration for Occupational Health & Safety, Island

De 5 nordiske lande - samlet set

4.8 Sammenfatning

Når der ses på tværs af de 5 nordiske lande fremgår det, at der foregår mange forskellige initiativer på sygefraværsområdet. Overblikket over initiativer i landene viser, at nogle lande er længere fremme end andre med gennemførelse af nye initiativer. Især Norge er lidt længere fremme end andre.

Nogle lande er endnu i startfasen i forhold til at iværksætte initiativer, medens f.eks Danmark nu er i en fase, hvor flere nye initiativer er gennemført eller besluttet, og hvor andre dele afventer endelig politisk vedtagelse.

Landene er dog generelt så langt fremme, at der tegner sig nogle spor om omfattende initiativer, der har nogle klare ligheder på tværs af landene. Men der er også forskelle, som bl.a. skyldes de forskelle i fokus, der er, og de forskellige processer, landene har gennemgået.

Flere nordiske lande kan indenfor en kort årrække begynde at se resultater og erfaringer. Og vi kan begynde at se på tværs af landene og analysere effekterne af de nye initiativer.

Som ved alle politiske initiativer er det nødvendigt at skabe mere sikker viden om tiltagene virker som forudsat. Det er ofte vanskeligt, fordi et land sjældent kan analysere lignende initiativer i et land med væsentlige lighedspunkter.

Erfaringer bør samles op på tværs af lande

På dette område har de nordiske lande en fordel, og der vil være et grundlag for erfaringsopsamling på tværs af lande på sygefraværsområdet i bred forstand. Dermed tilvejebringes en viden, der samlet set kan være til gavn for landene i det videre arbejde, og som kan give inspiration.



5. Hvad siger forskningen om sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejdet?

Der er flere grunde til at interessere sig for forskning i sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejdet. For det første kan langvarigt sygefravær føre til, at den sygemeldte mister sit arbejde, og i yderste konsekvens i udstødning fra arbejdsmarkedet.

Men der er også andre årsager til, at sygefraværet er kommet på den politiske dagsorden, og at systemerne i de forskellige lande fokuserer mere på området. Dette skyldes bl.a. den demografiske udvikling, hvor der bliver flere ældre og færre unge. Dette kan betyde en faldende effektiv arbejdsstyrke, og dermed et pres i forhold til at opretholde de nordiske velfærdsmodeller.

Sygdom og helbredsproblemer er et grundvilkår i livet. Mange arbejdstagere oplever perioder med langvarigt sygefravær, men for alt for mange fører dette til udstødning fra arbejdsmarkedet. Flere undersøgelser viser, at både samfundet og de enkelte virksomheder kan opnå store gevinster ved at satse målrettet på en hurtigere og mere effektiv tilbagevenden til arbejdet. Dette er en af grundene til, at flere lande har gennemført nye og væsentlige initiativer på området.

Forskning er nødvendig, fordi den kan yde et bidrag til viden, bl.a. omkring erfaringsopsamling på initiativer, og være med til at pege på de bagvedliggende årsager til sygefravær.

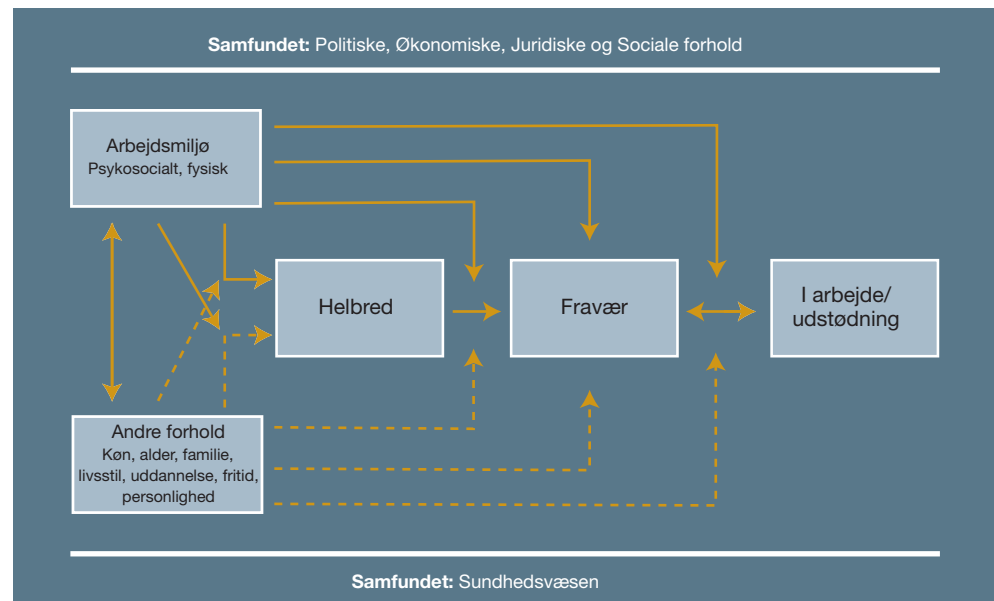
Sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejdet er betinget af vekselvirkninger mellem en bred vifte af faktorer, der spænder fra personens eget helbred over faktorer i de nære omgivelser (f.eks. psykosociale forhold på arbejdet eller i familien) til en række samfundsforhold.

Det er nu velkendt, at helbredsproblemer, der har en lægelig diagnose, kun kan forklare en mindre del af sygefraværet og det førtidige arbejdsophør. Derimod kan de ansattes oplevelse af arbejdspladsen og arbejdsmiljøet forklare en væsentlig større del. Der er derfor et stort potentiale for at forebygge sygefravær og førtidigt arbejdsophør gennem indsatser på arbejdspladsen. Andre årsager til sygefravær skal der tages fat om på andre måder; f.eks. gennem sociale initiativer m.v.

I dette kapitel har vi valgt at koncentrere os om forskning, der har et særligt fokus på arbejdsmiljøets betydning.

5.1 En teoretisk ramme for sygefraværskforskning

Figur 5.1 En teoretisk ramme for sygefraværskforskning



Sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejde spiller sammen med forskellige samfundsmekanismer: Hvordan agerer f.eks. sundhedsvæsenet og de sociale myndigheder på langvarigt sygefravær? Hvilke økonomiske incitamenter stimulerer arbejdsophør versus tilbagevenden til arbejdet? Hvilke arbejdsretslige forhold spiller en afgørende rolle? Hidtil er der kun blevet gennemført ganske lidt forskning i, hvordan de forskellige samfundsmekanismer påvirker sygefravær, arbejdsophør og tilbagevenden til arbejde. Der er et behov for ny forskning på disse områder.

Hvis vi ser isoleret på arbejdsmiljøaspektet, og fokuserer på sammenhængene mellem arbejdsmiljø, helbred og sygefravær, er følgende forhold i figuren ovenfor af central betydning.

Arbejds miljø kan medføre sygdom og dermed fravær

Den arbejdsmedicinske forskning har påvist, at påvirkninger i arbejdsmiljøet kan føre til sygdomme og skader, som medfører fravær og evt. arbejdsophør. Denne forskning danner bl.a. grundlaget for de nationale lister over anerkendte arbejdsbetingede lidelser, der kan opnå arbejdsskadeerstatning.

Arbejds miljøet kan være en kilde til stress, som kan øge risikoen for at blive syg. F.eks. kan stress svække immunforsvaret og øge modtagelighed for infektioner. Stress kan øge muskelspændinger, og stress kan skabe en adfærd, der øger risikoen for ulykker. Gennem sådanne mekanismer kan arbejdsmiljøet altså bidrage til infektioner, muskel- og skeletbesvær og arbejdsulykker, der tilsammen kan forklare fravær.

Arbejds miljø kan påvirke livsstil o.a. årsager til fravær

Stress og lange arbejdsdage med pendling kan fremme forskellige typer af usund livsstil, som øger fraværet, uden at årsagerne normalt betragtes som arbejdsrelaterede. Rygere ryger mere og har sværere ved at holde op, når de er stressede. Stress, mangel på tid og træthed vil ofte lede til, at man spiser usundt, undlader at motionere og sover for lidt. Herved kan arbejdsmiljøet også bidrage væsentligt til overvægt og fysisk inaktivitet, der er forbundet med højere fravær.

Et godt arbejdsmiljø reducerer sygefravær

Hvis arbejdsmiljøet opleves positivt, og man føler sig motiveret, værdsat og betydningsfuld i arbejdet, vil mange være mere tilbøjelige til at gå på arbejde til trods for utilpashed eller lettere sygdom. Omvendt, hvis arbejdsmiljøet opleves negativt, f.eks. med lav indflydelse, vil mange være mere tilbøjelige til at blive hjemme.

Et dårligt psykisk arbejdsmiljø, f.eks. ved firingstrusler, mobning eller alvorlige konflikter, kan forhøje sygefraværet. Der kan også være tale om personlige problemer uden for arbejdet, som tapper personens kræfter, og som kan føre til fravær. Omvendt kan et godt psykisk arbejdsmiljø forbedre livskvaliteten, og dermed modvirke fravær.

Der har været forsket i blandt andet rygproblemer, og set på hvor mange der kommer tilbage i arbejde, eller risikerer helt at blive udstødt fra arbejdsmarkedet.

En undersøgelse viser, at i Danmark kommer markant færre end i Sverige tilbage til arbejdspladsen efter langvarigt sygefravær (mere end 3 mdr.) pga. rygproblemer. I Danmark var kun 32 % af de langtidssygemeldte vendt tilbage til arbejdet efter 1 år, og kun 40 % efter 2 år. Sverige klarede sig bedre med 53 % efter 1 år og 63 % efter 2 år. Undersøgelser fra både Sverige og andre lande tyder altså på, at f.eks. rehabilitering med tilpasning af arbejdet kan være endog særdeles rentabelt, og at udstødning fra arbejdsmarkedet er vigtigt at sætte ind overfor.

5.2 De nyeste forskningsresultater

Selv om sygefravær, arbejdsfjendskab og tilbagevenden til arbejdet til dels er beslægtet, kan der være tale om vidt forskellige årsager til, at en person vælger fravær versus nærvær eller arbejdsfjendskab versus tilbagevenden til arbejdet. Det kan derfor også i praksis være nødvendigt at anvende vidt forskellige tiltag for at reducere sygefraværet og til at øge tilbagevenden til arbejde efter langvarig sygdom.

Der behøver således ikke at være en snæver og simpel sammenhæng mellem f.eks. sygefravær og arbejdsfjendskab/tilbagevenden til arbejdet. Alligevel roder en del forskning ofte sygefravær, arbejdsfjendskab og tilbagevenden til arbejdet sammen, hvilket indebærer en risiko for unuancerede resultater, der ikke kan anvendes i den praktiske forebyggelse. I dette afsnit har vi derfor lagt hovedvægt på resultater fra forskning, der skelner mere skarpt.

Forskning i sygefravær

En ny systematisk oversigtsartikel om sygefravær, skrevet af to svenske forskere Alexanderson og Norlund (2004)¹, giver et godt overblik over det komplekse samspil mellem de talrige faktorer, som kan påvirke sygefraværet. På trods af et stort antal undersøgelser på området konkluderes, at dette forskningsfelt endnu ikke er særligt veludviklet. Mange af de gennemførte undersøgelser er af lav videnskabelig kvalitet, og mange faktorer, der kan påvirke sygefraværet, er ikke godt nok belyst. Når man ser på arbejdsmiljøets betydning for sygefravær, er situationen dog noget bedre, fordi der findes mange gode undersøgelser af, hvordan arbejdsmiljøfaktorer påvirker de ansattes helbred.

Det nye forskningsfelt sygefravær er stadig under udvikling

Arbejdsmiljøets betydning for sygefraværet

Den eksisterende viden om arbejdsmiljøets betydning for sygefraværet er netop blevet kritisk evalueret (Allebeck & Mastekaasa, 2004)². Forfatterne har anvendt nogle strenge kvalitetskriterier for vurdering af traditionel medicinsk forskning. Forfatterne kan dermed konkludere med stor sikkerhed på de områder, hvor der findes tilstrækkelig gode undersøgelser. De har dog frasortet et stort antal undersøgelser, som på nogle områder også bidrager med nyttig viden. Forfatterne konkluderer om det fysiske arbejdsmiljø, at tungt

¹ Alexanderson K, Norlund A. Sickness absence – causes, consequences, and physician's sickness certification practice. A systematic literature review by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. *Scand J Public Health* 2004;32 (Suppl 63). Publikationen er oprindelig udkommet på svensk: „Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. En systematisk litteraturöversikt“ Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (Rapport 167:2003)

² Allebeck P, Mastekaasa A. Risk factors for sick leave –general studies. *Scand J Public Health* 2004;32 (Suppl 63):49-108

fysisk arbejde, tunge løft, ubekvemme arbejdsstillinger og vibrationer fører til et højere sygefravær. Derimod var f.eks. temperaturforhold og udsættelse for støv ikke forbundet med et højere sygefravær. Endvidere konkluderes, at visse specifikke psykosociale arbejdsmiljøfaktorer har væsentlig betydning for sygefraværet.

Psykosociale arbejdsmiljøfaktorer:

- **Indflydelse.** Ansatte, som kun har begrænset indflydelse over deres arbejdssituation, har et forhøjet sygefravær.
- **Psykologiske krav.** Høje psykologiske krav i arbejdet kan muligvis forbindes med et højere sygefravær. Men der er også undersøgelser, hvor ansatte med høje krav på arbejde havde et lavere sygefravær. En forklaring kan være, at nogle job med høje psykologiske krav også har høj indflydelse og høj fleksibilitet, som gør det nemmere at håndtere de høje krav.
- **Social støtte på arbejdet.** Ansatte, som får god social støtte på arbejdet, har flere ressourcer til at klare krævende situationer, og har derfor et lavere sygefravær. En del undersøgelser støtter denne antagelse. Men andre tyder på, at sammenhængen mellem social støtte og sygefravær kan være mere kompleks.
- **Ansættelsessikkerhed og retfærdighed.** Finske forskere har vist, at høj usikkerhed i ansættelsen og nedskæringer samt oplevelse af uretfærdighed fører til forhøjet sygefravær.

Arbejdet ændrer sig over tid – og dermed også påvirkningen fra arbejdsmiljøet

Den teknologiske udvikling har altid betydet ændringer i arbejdets indhold, hvilke fag, der eksisterer, og i arbejdets organisering. I dag taler vi om globaliseringens betydning for virksomhederne – og i videre udstrækning for hvilke typer job vi har på arbejdsmarkedet.

Færre er i dag udsat for tungt fysisk arbejde. Det gælder for alle de nordiske lande. Dermed vil det psykosociale arbejdsmiljø få større betydning, fordi stadig flere personer vil arbejde i sektorer, der ikke præges af de traditionelle fysiske arbejdsmiljøfaktorer.

Forskning i arbejdsophør

Adskillige forskningsprojekter har over årene undersøgt betydningen af forskellige arbejdsmiljøfaktorer for varigt arbejdsophør. Der har mest været fokus på „ufrivilligt“ arbejdsophør i form af førtidspension. Man finder, at ikke bare tungt fysisk arbejde, men også psykosociale forhold kan øge risikoen for, at lønmodtagere forlader arbejdsmarkedet i utide med en førtidspensionering. Socioøkonomiske forhold synes dog også at spille en rolle, idet overgang til førtidspension f.eks. hænger sammen med antallet af henholdsvis beskæftigede og arbejdsløse familiemedlemmer.

Forskning i tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær

Arbejdsmiljøinstituttet i Danmark har for nyligt gennemført en gennemgang af den eksisterende videnskabelige litteratur om tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær. Langt de fleste undersøgelser omhandler tilbagevenden til arbejde efter fravær som følge af rygproblemer. Den eksisterende viden om tilbagevenden til arbejde efter langvarigt fravær som følge af andre sygdomme er begrænset. Der er stort behov for viden om, hvordan tilbagevenden til arbejde bedst kan opnås efter langvarigt sygefravær, der er betinget af f.eks. kræft, blodprop i hjertet, eller psykiske lidelser.

Flere udenlandske undersøgelser omhandler barrierer for tilbagevenden til arbejdet. Høje fysiske krav i arbejdet er ikke overraskende en betydningsfuld barriere. Flere psykosociale påvirkninger er også stærke barrierer.

Virksomhedskultur og politik har også stor betydning for tilbagevenden til arbejdet. Virksomheder, der prioriterer medarbejderudvikling og efteruddannelse, har større succes med tilbagevenden til arbejdet. Endvidere fungerer tilbagevenden til arbejdet bedst i de virksomheder, der prioriterer medarbejdernes sikkerhed, og som har en aktiv politik for tilbagevenden til arbejdet.

Udenlandske undersøgelser viser, at forskellige former for indsats for at forbedre tilbagevenden til arbejdet kan være:

- Aktiv sagsbehandling
- Medicinsk behandling og rehabiliteringsservice
- Tilpasning af arbejdet angående fysiske og psykiske krav
- Ændringer i virksomhedskultur og politik
- Økonomiske incitamenter for de ansatte eller virksomheden

Der findes overraskende få videnskabelige undersøgelser af effekten af de forskellige former for indsats. Flest undersøgelser omhandler tilpasning af arbejdet. Undersøgelser af god kvalitet viser samstemmende en betydelig, positiv sammenhæng mellem tilpasning af arbejdet og tilbagevenden til arbejdet. Tilpasning af arbejdet omfatter i praksis at reducere nogle af de førnævnte barrierer for tilbagevenden til arbejdet. Størst succes opnås gennem anvisning af lettere opgaver, nedsat arbejdstid samt modifikation af udstyr og redskaber.

En god undersøgelse, der har lavet en videnskabelig sammenligning mellem effekten af ergonomisk tilpasning af arbejdet og effekten af medicinsk behandling er det canadiske Sherbrooke-studie. Den ergonomiske tilpasning af arbejdet havde en forstærkende positiv effekt på tilbagevenden til arbejdet. Andre undersøgelser har vist, at en forbedret effekt kan opnås, når arbejdsmedicinsk ekspertise inddrages i den ergonomiske tilpasning af arbejdspladsen.

Med hensyn til økonomiske incitamenter er det blevet vist, at en høj grad af økonomisk kompensation af indkomsttabet som følge af langvarig sygdom kun har en gunstig effekt på tilbagevenden til arbejdet, hvis personen også har en høj grad af jobsikkerhed. Ved jobusikkerhed, var det økonomiske incitament uden effekt.

Positive faktorer i arbejdet

Det er en udfordring at kunne skabe arbejdsbetingelser, der opfattes positive og motiverende og som fremmer sundhed, trivsel, arbejdsglæde og produktivitet hos medarbejderne. I den nyere arbejdsmiljømiljøforskning er man derfor begyndt at fokusere på positive faktorer i arbejdet. Eksempler på positive faktorer er arbejdsidentitet, retfærdighed, værdsættelse (belønning), engagement, motivation, selvværd, selvsikkerhed, robusthed etc.

Som del af et fællesnordisk projekt udgiver Arbejdsmiljøinstituttet i april 2005 en rapport („Sund i arbejde – positive faktorer i arbejdet“), der giver en status for den eksisterende viden om de positive faktorer. Af denne rapport fremgår, at der er gode muligheder for at udvikle de positive faktorer gennem tiltag på virksomhederne. Men det fremgår også, at disse faktorer ikke er entydigt positive. F.eks kan et højt engagement, der ikke bliver tilstrækkeligt værdsat, føre til negative konsekvenser.

Der er behov for mere forskning i, hvordan de positive faktorer kan udvikles på virksomhederne, og hvordan det er muligt at fastholde de positive effekter, såvel på medarbejdernes helbred, trivsel og arbejdsglæde, som på virksomhedernes produktivitet.

5.3 Sygefraværfsforskning inden for arbejdsmiljøområdet i de nordiske lande

De nordiske Arbejdsmiljøinstitutter har bidraget med en kort status for deres forskning: Työterveyslaitos (Finland), Vinnueftirlitð (Island), Statens Arbejdsmiljøinstitut (Norge), Arbetslivsinstitutet (Sverige) og Arbejdsmiljøinstituttet (Danmark). Litteraturlisten i slutningen af dette kapitel giver eksempler på forskning i hvert af de nordiske lande.

Danmark

Sygefraværskforskning i Danmark foregår bl.a. ved Socialforskningsinstituttet (SFI), som f.eks. beskriver udviklingen af sygefraværet. SFI har også sammenlignet tilbagevenden til arbejde efter langvarigt sygefravær mellem 6 lande, og givet deres bud på mulige forklaringer på de store forskelle der ses mellem landene. Flere Arbejdsmedicinske klinikker er i gang med forskning indenfor arbejdsmiljø og fravær, samt arbejdsfastholdelse for patienter i deres egne amter.

På det danske Arbejdsmiljøinstitut (AMI) blev en tværfaglig projektgruppe for forskning i „fravær, arbejdsfaste og tilbagevenden til arbejdet“ etableret i 2001. Gruppen har etableret et nationalt forskernetværk og internationalt samarbejde med forskergrupper i Norden, Holland, USA og Canada. Eksempler på forskningstemaer er:

Forskelle mellem job og brancher.

Forskning i forskelle mellem job og brancher er baseret på data og registre fra arbejdsmiljøovervågningen, og forskningen omfatter arbejdsmiljøets betydning for omfang og udbredelse af sygefravær, hospitalsbehandling, modtagelse af sygedagpenge, førtidspension og for tilbagevenden til arbejde.

Det er blevet påvist, at arbejdsmiljøet i bred forstand kan forklare 7–15% af alle hospitalsbehandlinger af personer i den erhvervsaktive alder i Danmark. Arbejdsmiljøet har størst betydning for kredsløbssygdomme, hvor arbejdsmiljøet slår stærkest igennem på blodprop i hjertet blandt kvinder, og for sygdomme i muskler og led. Arbejdsmiljøets betydning viser også store forskelle mellem forskellige erhverv. F.eks. er hyppigheden af blodprop i hjertet blandt kvinder med ufaglært arbejde 2–3 gange højere end blandt kvinder i undervisning eller kvinder i landbruget.

Årsager til sygefravær og arbejdsfaste. Vigtige forskningsresultater er f.eks., at psykosociale arbejdsmiljøfaktorer som høj indflydelse og høj forudsigelighed hænger sammen med lavt sygefravær. En vigtig faktor viste sig også at være udviklingsmuligheder i arbejdet. Førtidigt arbejdsfaste i gruppen 40–59 år var næsten dobbelt så høj hos dem med de laveste udviklingsmuligheder. Ved arbejde med mennesker (f.eks. sygeplejersker, fængselsbetjente) er tab af engagement og træthed (udbrændthed) risikofaktorer for sygefravær. Livsstilsfaktorer og ansættelsesforhold påvirker også sygefraværet.

Forebyggelse og rehabilitering. AMI er i gang med flere videnskabelige undersøgelser af effekter af forskellige indsatser eller virkemidler. Forskningen omfatter bl.a. en undersøgelse af hvordan en koordineret indsats hos de eksisterende lokale aktører kan anvendes til at opnå hurtig og sikker tilbagevenden til arbejde efter sygemelding på grund af smerter i muskler og led.

Finland

Forskningsaktiviteterne ved Det Finske Arbejdsmiljøinstitut (FIOH) i forhold til sygefravær er omfattende. Forskningen undersøger sammenhænge mellem sygefravær og ændringer i organisationen (f.eks. organisatoriske nedskæringer), det psykosociale arbejdsmiljø, job krav, arbejdstider, ansættelsesvilkår, job karakteristika og stressfaktorer i arbejdet.

FIOH har også undersøgt arbejdsmiljø og sygefravær i forskellige erhvervsgrupper, f.eks. hospitalslæger og arbejdere som arbejder med steril pakning, hvor der bruges hydrogenperoxid. FIOH har gennem årene 1997, 2000 og 2003 indsamlet et omfattende datamateriale om arbejdsforhold (fysisk-kemiske, ergonomiske og psykiske faktorer) og sundhed i den erhvervsaktive aldersgruppe af befolkningen, samt data om brug af, udbredelse af og betydning af arbejdsmiljørådgivningen. Dette omfattende datamateriale udgør en platform for nærmere analyser af sammenhænge mellem arbejdsmiljø og sygefravær.

Island

I Island er der en stor mangel på sygefraværskforskning. Årsagen hertil er måske, at sygefravær på arbejdspladsen har ikke været et førende emne i den offentlige debat. Dette vil dog muligvis ændre sig i takt med, at man ser en stigning i andelen af befolkningen, der får invalidepension, fra 4,8 % i 1996 til 6,2 % i 2002. Dette kan delvist forklares med en ændring, der blev indført i 1999, i måden hvorpå man vurderer invaliditet, men der er behov for andre forklaringer.

Stigningen i andelen af befolkningen på invalidepension omfatter et stigende antal personer, som ikke kan varetage et arbejde, på grund af psykiske lidelser, men også på grund af smerter i muskler og led.

Et antal rapporter, som diskuterer sygefravær, har været præsenteret. Sygefravær er blevet studeret i forskellige undersøgelser, f.eks. blandt ansatte i ældreplejen og hjemmeplejen, ansatte på Islands bankservices branchekontorer, blandt læger ansat på universitetshospitalet i Island, kabinepersonale, lærere og sygeplejersker. Disse data viser en vis variation i sygefraværet afhængig af job.

Norge

Statens Arbejdsmiljøinstitut (STAMI) har flere forskningsprojekter relateret til sygefravær med følgende temaer:

- Hvor meget sygelighed er arbejdsrelateret, og hvordan kan vi forebygge det?
- Sociale uligheder i sundhed: Sundhed i barneårene og senere deltagelse i arbejdslivet.
- Hvad bliver bedriftshelsetjenestens (BST) rolle i „Det inkluderende (rummelige) arbejdsliv?“

I 2004 blev der startet 4 nye projekter. Disse er alle relateret til myndighedernes og arbejdsmarkedets parter's målsætning om at opnå et mere inkluderende arbejdsliv (IA).

To af disse projekter er direkte relateret til sygefravær:

„Udvikling i sygefravær og relevante helbredsdata før og efter aftalen om det inkluderende arbejdsliv. Hvordan spiller individuelle faktorer sammen med virksomhedsforhold?“ Projektet er baseret på registerdata fra „Helseundersøgelsen“ i Oslo, Statistisk Sentralbyrå og data fra virksomhederne. Projektet vil belyse, om IA-aftalen har haft indflydelse på sygefravær og rummelighed.

„Inkluderende arbejdsliv og bærekraftig succes – hvad karakteriserer de gode virksomheder?“ I virksomheder som har implementeret principperne i det inkluderende arbejdsliv finder man bl.a. en positiv udvikling i sygefraværet. Disse virksomheder studeres for at belyse, hvad der kendetegner dem.

Sverige

Viden om arbejdsmiljø og sygefravær i Sverige er de seneste år øget betragteligt grundet nye muligheder for brede analyser. Mulighederne er åbnet gennem oprettelsen af databaser, der indeholder data om såvel arbejdsmiljø, arbejdsliv som almene livsforhold.

Dermed er der åbnet større muligheder for at analysere arbejdsmiljøets rolle for sygefravær i kontrast til andre livsvilkårs rolle, men også i forhold til demografi, konjunktur, arbejdsløshed og lovændringer. Dette har også bidraget til, at forskningen er blevet mere tværvideenskabelig og foregår i samarbejde mellem forskellige institutioner og myndigheder.

Et eksempel på dette er SAFIR gruppen, som er en samarbejdsgruppe mellem Arbetslivsinstitutet, Institutet för Psykosocial Miljömedicin, Riksförsäkringsverket (nu Försäkringskassan) og Statens Folkhälsoinstitut. Safirgruppen har for nylig publiceret en omfattende oversigt over viden om sygefravær.

Svensk forskning ser på forskelle mellem mænd og kvinder, og konsekvenserne af langvarig stress

Visse udviklingstendenser har primært fået opmærksomhed de seneste år i Sverige, herunder den markante forskel mellem mænds og kvinders sygefravær, samt stigningen i sygefravær med diagnoser, der er relateret til den psykiske tilstand og stressrelaterede tilstande.

Ser vi mere eksplicit på arbejdsmiljøforskningen er arbejdsmiljøets rolle, som skaber og/eller forværrer af dårligt helbred og sygdom, stadig det store spørgsmål (jf. figur 5.1). Her kan nævnes igangværende undersøgelser, der omhandler hvorledes langvarig stress påvirker mennesker fysiologisk med følgerisiko for fysisk og mentalt helbred samt svækkelse af immunforsvaret. Dette er af særlig interesse, fordi stress opleves at have et stigende omfang.

Et andet stort forskningsspørgsmål omhandler forandringer i muligheden for at arbejde på trods af sygdom eller at vende tilbage til arbejde efter sygdom (jf. pil 3 og 5 i figur 5.1). Det samlede billede viser, at der i arbejdslivet vil blive mindre mulighed for, at individer med helbredsproblemer får plads i arbejdslivet, ikke mindst som følge af begrænset indflydelse og mindsket spillerum. Tendensen i Sverige går i retning af, at mennesker med helbredsproblemer sygemeldes i længere tid for samme lidelse.

Hvad angår kønsforskelle i sygefravær tyder meget på, at det stort set er de samme faktorer, der er vigtige for kvinder og mænd, men der ses også visse interessante forskelle. Det gælder bl.a. betydningen af specifikke kombinationer af psykosociale forhold.

Nye studier peger på, at betydningen af såkaldte aktive job (høje krav kombineret med høj kontrol) er forskellig for mænd og kvinder.

Det ser ud til, at mænd har det godt med et „aktivt job“, mens det i en del tilfælde for kvinder er forbundet med højere sygefravær. En tolkning er, at krav udenfor arbejdet gør kvinder særligt følsomme overfor krav i arbejdet. En anden forklaring kan være, at kvinders og mænds „aktive job“ ser forskellige ud på et arbejdsmarked med store kønsforskelle.

Dette understreger nødvendigheden af, at gå i den retning, som forskningen i Sverige stiller mod. Der må udarbejdes mere komplekse analysemodeller for mere præcist at kunne udskille arbejdsmiljøets rolle fra de øvrige forhold.

5.4 Fremtidsperspektiver og visioner for nordisk forskningssamarbejde

„Program for Nordisk Ministerråds samarbejde på Arbejdsmarkeds- og arbejdsmiljøområdet 2005–2008“ har bl.a. som overordnet mål at bidrage til størst muligt udbud af arbejdskraft. Som følge heraf vil Arbejdsmiljøforskningsudvalget under Nordisk Ministerråd bidrage til at skabe og udveksle nordisk viden, der forbedrer arbejdsmiljøet fysisk, psykisk og socialt med særlig fokus på at modvirke fravær og udstødning fra arbejdsmarkedet.

Det er med rette blevet hævdet, at fraværsforskning – som et nyt forskningsområde – har behov for bedre kvalitet og metoder. Store ligheder mellem de nordiske lande i

erhvervsstruktur og arbejdsmarkedsforhold gør nordisk forskningssamarbejde og vidensudveksling særlig perspektivrig, og samtidig giver de eksisterende landeforskel-
le gode muligheder for at skabe ny, vigtig viden gennem sammenligninger mellem de
nordiske lande.

I erkendelse af, at den nordiske velfærdsmodel udgør en særlig ramme for forebyggel-
se af fravær og udstødning, er der store fremtidsperspektiver i at udvikle et stærkt
nordisk forskningssamarbejde.

Med afsæt i den igangværende forskning i de nordiske lande kan særligt perspektivri-
ge temaer for et stærkt nordisk forskningssamarbejde være:

Sygefravær og førtidigt arbejdsophør som følge af arbejdsrelaterede hel- bredsproblemer:

- Hvad er sammenhængene mellem helbred (såvel fysisk som mentalt helbred) og sygefravær/førtidigt arbejdsophør?
- Hvordan kan begrebet „stress“ operationaliseres i forskning i sygefravær og førtidigt arbejdsophør?
- Hvordan skal arbejdet tilrettelægges, så det i højere grad bliver tilgængeligt for per-
soner med reduceret arbejdsevne?
- Hvilke interaktioner mellem arbejdsgiver, medarbejder og øvrige aktører giver den
mest succesfulde tilbagevenden til arbejdet?
- Hvordan kan arbejdsmarkedsregulering, arbejdsretslovgivning samt lokal praksis i
sagsbehandling og sundhedsvæsen indrettes, så disse samfundsmekanismer bedst
muligt understøtter de forebyggende tiltag på de enkelte virksomheder?

Ældre arbejdstageres forbliven i arbejdet:

- Hvilke positive faktorer (f.eks arbejdsglæde, identitetsskabelse etc.) i arbejdsmiljøet
betinges, at ældre arbejdstagere vælger at fortsætte i arbejdet frem for at overgå til
pension?
- Hvad kendetegner virksomheder, hvor disse positive faktorer er stærke?
- Hvilke incitamenter kan reducere ældre arbejdstageres førtidige arbejdsophør?

Arbejdsmiljø i fremtidens arbejdsliv:

- Hvordan kan et godt arbejdsmiljø sikres i forhold til fremtidens nye organisationsfor-
mer (f.eks selvledelse, individualisering, distancearbejde) og ansættelsesformer (f.eks
kortvarige ansættelser på konsulentlignende betingelser)? Et særligt perspektiv er her
at styrke den indledte, nordiske forskning i de positive faktorer i arbejdet med et
særligt fokus på, hvordan positive sociale og personlige ressourcer kan styrkes i
højproduktive arbejdsenheder.
- Hvordan vil den teknologiske udvikling – f.eks inden for informations- og kommuni-
kationsteknologi eller inden for nanoteknologi – påvirke arbejdsmiljøet og dermed
sygefraværet?

Konflikter mellem arbejdsliv og familieliv:

- Hvordan kan vi undgå, at eventuelle stigende krav om fleksibilitet og produktivitet
fører til konflikter mellem arbejdsliv og familieliv? Udgangspunktet kan her være den
igangværende, spændende forskning i Sverige, der tyder på, at mænd og kvinder i
nogle sammenhænge viser store forskelle med hensyn til fraværs mønstre.



Litteraturliste for kapitel 5

Udvalgte nøglepublikationer fra hvert nordisk land

Danmark

Jensen C, Lund T, Mossing R, Nielsen ML, Labriola M, Burr H, Villadsen E. Arbejdsmiljø og fravær. København: Arbejdsmiljøinstituttet; 2002. AMI Rapport.

Tüchsen F, Mikkelsen KL, Hannerz H, Poulsen OM, Bach E. Work environment and somatic hospital admissions in Denmark 1994-1999. *Sci Total Environ* 2004; 26:287-94.

Lund T, Csonka A. Risk factors in health, work environment, smoking status, and organizational context for work disability. *Am J Ind Med* 2003;44:492-501.

Nielsen ML, Rugulies R, Christensen KB, Smith-Hansen L, Bjørner JB, Kristensen TS. Impact of the psychosocial work environment on registered absence from work: A two-year longitudinal study using the IPAQ cohort. *Work & Stress* 2004; 18:323-335.

Borritz M, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Burnout as a predictor of sickness absence: prospective findings from 3-year follow-up of the PUMA study (submitted).

Labriola M, Lund T, Burr H. Work environment exposures associated with sickness absence from work: results from a longitudinal study of 3,792 Danish employees (submitted).

Lund T. Tilbagevenden til arbejde. København: Arbejdsmiljøinstituttet; 2003. AMI rapport.

Krause N, Lund T. Returning to work after occupational injury. In: Barling J, Frone MR, editors. *The psychology of workplace safety*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004: 265-295.

Bloch FS, Prins R (Eds.). 2001. Who returns to work and why? A six-country study on work incapacity and reintegration. New Brunswick and London: Transaction Publishers.

Høgelund J, Filges T, Jensen S.(2003). Langvarigt sygemeldte – langvarigt sygefravær – hvad sker der og hvordan går det? Rapport 03:20. København: Socialforskningsinstituttet.

Finland

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up on initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:484-93.

Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin M, Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. *J. Epidemiol Community Health* 2002;56:272-8.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. Organisational downsizing, sickness absence and mortality: the 10-Town prospective cohort study. *Br Med J* 2004;328:555-7.

Väänänen A, Toppinen-Tanner S, Kalimo R, Mutanen P, Vahtera J, Peiró JM. Job characteristics, physical and psychosocial symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector. *Soc Sci Med* 2003; 57:807-24.

Joensuu M, Lindström K. Sickness absence and stress factors at work. EU-project: Impact of Changing Social Structures on Stress and Quality of Life: Individual and Social Perspectives. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2003.

Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, Ferrie JE, Firth-Cozens J. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow-up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001;58:361-366.

Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper CL. Contingent employment, health and sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 2002;27:6, 363-370.

Riihimäki V, Toppila A, Piirilä P, Kuosma E, Pfäffli P, Tuomela P. Respiratory health in aseptic packaging with hydrogen peroxide: A report of two cases. *J Occup Health* 2002;44:433-8.

Nygård Clas-Håkan, Arola Heikki, Siukola Anna, Savinainen Minna, Luukkaala Tiina, Taskinen Helena, Virtanen Pekka. Perceived work ability and sickness absence among workers of different age in food industry. (in press: International Congress Series)

Piirainen H, Räsänen K, Kivimäki M. Organizational climate, perceived work-related symptoms and sickness absence: a population-based survey. *J Occup Environ Med* 2003;45:175-84.

Island

Thorlacius S, Stefánsson S. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2002 (Prevalence of disability in Iceland in December 2002). *Læknablaðið* (The Icelandic Medical Journal) 2004;90:21-5.

Helgadóttir B, Rafnsdóttir GL, Gunnarsdóttir HK, Hrafnadóttir KÓ, Tómasson T, Jónsdóttir J, et al. Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi starfsfólks í öldrunarþjónustu (Survey of health, well-being and working environment among employee's in geriatric nursing homes). Reykjavík: Vinnueftirlitið (The Administration for Occupational Health and Safety); 2001.

Tómasson K, Gunnarsdóttir HK, Rafnsdóttir GL, Helgadóttir B, Jónsdóttir S, Sveinsdóttir T. Risk factors for sickdays among nursing home staff. In: Second International Conference on Occupational Risk Prevention; 2002; Gran Canaria Island; 2002.

Tómasson K, Gunnarsdóttir HK, Rafnsdóttir GL, Helgadóttir B, Jónsdóttir S, Sveinsdóttir T. Influenza vaccination among nursing home employees. In: 2nd Nordic Conference in Epidemiology; 2002; Aarhus, Denmark; 2002.

Friðriksdóttir H, Rafnsdóttir GL, Tómasson K, editors. Könnun á líðan, vinnuumhverfi og heilsu starfsfólks í útibúum banka og sparisjóða. a. Survey on well-being, work environment and health of employee in the banking industry). Reykjavík: Vinnueftirlitið - Rannsókn og heilbrigðisdeild (The Administration for Occupational Health and Safety, division of research and health); 2002.

Tómasson K, Rafnsdóttir GL, Gunnarsdóttir HK. Mental distress and sickness absence among bankers. In: American Psychiatric Association 2003 Annual Meeting; 2003; San Francisco: APA; 2003. p. NR 857-319.

Tómasson K, Friðriksdóttir H, Ásgeirsdóttir Á, Hjaltason H, Blöndal, Sigurðardóttir Ó, et al. Rannsókn á vinnu og vinnuumhverfi lækna (Survey of physicians work and work environment). Reykjavík: Vinnueftirlitið - Læknaráð Landspítala (The Administration for Occupational Health and Safety - Physicians Council Landspítala); 2003 Nóvember.

Sveinsdóttir H, Gunnarsdóttir HK, Friðriksdóttir H. Heilsufar og líðan flugfreyja (Health and well-being among stewardesses). Reykjavík: Rannsóknarstofnun í Hjúkrunarfræði; 2003.

Sveinsdóttir H, Gunnarsdóttir HK, Friðriksdóttir H. Könnun á heilsufari, líðan og vinnuumhverfi hjúkrunafræðinga (Survey of health, well-being and work environment of nurses). Reykjavík: Rannsóknarstofnun í Hjúkrunarfræði og Vinnueftirlitið; 2003.

Sveinsdóttir H, Gunnarsdóttir HK, Friðriksdóttir H. Heilsufar, líðan og vinnuumhverfi kennara. Reykjavík: Rannsóknarstofnun í Hjúkrunarfræði og Vinnueftirlitið; 2003.

Norge

Kristensen P, Bjerkedal T. Impact of childhood social conditions on sickness absence in young adults: a life course approach in a register based cohort study. (Abstract, 17th International Symposium on Epidemiology in Occupational Health, Melbourne, Australia, October 2004). *Occup Environ Med* 2004; 61: e46

Kristensen P, Bjerkedal T, Irgens LM. Birthweight and work participation in adulthood. *Int J Epidemiol* 2004;33: 849-56.

Kristensen P, Bjerkedal T. Periodetrender i unge menns arbeidsdeltakelse 1991-2001: Betydningen av kronisk sykdom i barnealder og utdanningsnivå. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124; 2879 – 83.

Kristensen P, Bjerkedal T, Brevik JI. Long term effects of parental disability: a register based life course follow-up of Norwegians born in 1967-1976. *Nor J Epidemiol* 2004; 14: 97-105.

Sverige

Backhans M. Varför är kvinnor mer sjukskrivna än män? En kunskapöversikt. Ingår i Hogstedt C, Bjurwald, M, Marklund S, Palmér E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut R 2004;15;175- 205.

Hallsten L, Lundberg I & Waldenström, K. Lågt psykiskt välbefinnande – tendenser på och utanför arbetsmarknaden. Ingår i Gustafsson R& Lundberg I (red). *Arbetsliv och hälsa* 2004. Arbetslivsinstitutet, 2004;151-172.

Lidwall U, Marklund S, Skogman-Thoursie P. Utvecklingen av sjukfrånvaron i Sverige. Ingår i Gustafsson R & Lundberg I (red). Arbetsliv och hälsa 2004. Arbetslivsinstitutet, 2004; 173-193.

Riksförsäkringsverket. Kvinnor, män och sjukfrånvaro. Socialförsäkringsboken, 2004.

Theorell, T. Stressmekanismer och sjukskrivning. Ingår i Hogstedt C, Bjurwald, M, Marklund S, Palmér E, Theorell T. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens folkhälsoinstitut R 2004;15;255 - 278.

Wikman A. Arbetsliv och sjukfrånvaro. Ingår i Gustafsson R & Lundberg I (red). Arbetsliv och hälsa 2004. Arbetslivsinstitutet, 2004; 123-151.

Beskæftigelsesministeriet

Ved Stranden 8
1061 København K

Telefon 33 92 59 00
Telefax 33 12 13 78

www.bm.dk



norden

Nordisk Ministerråd