



Sykefravær og uførhet – hva kan bedriftene gjøre for å hindre frafall fra arbeid?

På oppdrag fra Storebrand

Mai 2024

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder samfunnsfaglige problemstillinger og gir råd til bedrifter, myndigheter og organisasjoner. Våre analyser kan være et beslutningsgrunnlag for myndigheter, et informasjonsgrunnlag i rettslige prosesser, eller for interesseorganisasjoner. Vi forstår problemstillingene som oppstår i skjæringspunktet mellom marked og politikk.

Oslo Economics er et samfunnsfaglig rådgivningsmiljø med erfarne konsulenter med bakgrunn fra offentlig forvaltning og ulike forsknings- og analysemiljøer. Vi tilbyr innsikt basert på bransjeerfaring, fagkompetanse og et nettverk av samarbeidspartnere.

Arbeid, helse og velferd

Oslo Economics jobber med en rekke forsknings- og utredningsprosjekter innen arbeidsliv, helse og velferdstjenester. Vi jobber for departementer, direktorater, kommuner, organisasjoner og private virksomheter.

Vi har konsulenter med doktorgrad i arbeidsmarkedsøkonomi og helseøkonomi, og samarbeider ofte med forskningsmiljøer på disse områdene. Våre medarbeidere har ekspertise i analyse av registerdata, gjennomføring og analyse av intervjuer og spørreundersøkelser på arbeids-, helse- og velferdsområdet.

Innhold

Sammendrag og konklusjoner	4
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn og mandat	7
1.2 Metode og informasjonsgrunnlag	7
1.3 Leseveiledning	7
2. Sykefravær og uførhet i Norge og sammenlignbare land	8
2.1 Sykefravær og uførhet i Norge og sammenlignbare land	8
2.2 Ulike regimer for sykefraværsoppfølging	9
2.3 Oppsummering	11
3. Årsaker til sykefravær og uførhet i Norge	12
3.1 Helsemessige forhold	12
3.2 Forhold på arbeidsplassen	13
3.3 Kompensasjonsordninger	14
3.4 Oppsummering	14
4. Virkemidler og tiltak som påvirker helserelatert fravær og frafall fra arbeidslivet	16
4.1 Virkemidler på arbeidsplassen	16
4.2 Virkemidler i regi av helsetjenesten	21
4.3 Virkemidler i regi av NAV	25
4.4 Oppsummering	28
5. Utfordringer og behov blant Storebrands bedriftskunder	30
5.1 Om Storebrands bedriftskunder	31
5.2 Utfordringer og mulige virkemidler fra bedriftenes perspektiv	32
5.3 Oppsummering	40
6. Samlet vurdering	41
7. Referanser	45

Sammendrag og konklusjoner

Norge har høyt sykefravær og en stor andel av befolkningen mottar langvarige helserelaterede trygdeytelser, sammenlignet med andre land. Det brukes betydelige ressurser til oppfølging av sykmeldte, både hos arbeidsgivere, i helsetjenesten og i NAV, men det mangler likevel effektive tiltak for de store gruppene sykmeldte med diffuse og sammensatte plager. Forskningen tyder på at forebyggende arbeidsmiljøarbeid og tidlig oppfølging av arbeidstakere med helseplager, er avgjørende for å fremme arbeidsdeltakelse. Bedriftene har en avgjørende rolle i å skape helsefremmende og forebyggende arbeidsmiljø. Bedriftene bør derfor bidra aktivt med å tilby tiltak til arbeidstakere som står i fare for eller opplever sykefravær. Slike tiltak rettet mot enkeltpersoner bør ha et helhetlig helse- og arbeidsrettet fokus.

Økning i antall uføre blant Storebrands kunder gir behov for nye tiltak

Som tilbyder av kollektiv uførepensjon har Storebrand observert en økning i innstrømmingen til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd blant ansatte hos sine bedriftskunder. De siste årene har det særlig vært en økning i andelen arbeidstakere under 40 år som innvilges uførepensjon. Som en del av arbeidet for et mer bærekraftig samfunn har Storebrand utarbeidet flere tjenester til sine bedriftskunder, med mål om å forebygge fravær, hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid og hindre langvarig frafall fra arbeidslivet.

Oslo Economics' mandat

For å få mer kunnskap om hvordan slike tjenester bør innrettes, har Storebrand engasjert Oslo Economics til å utarbeide en rapport om årsaker til sykefravær og uførhet og hvilke tiltak som virker for å få sykmeldte tilbake i arbeid. Rapporten er basert på en gjennomgang av relevant forskning og litteratur om årsaker til helserelatert fravær fra arbeid og mulige tiltak for økt arbeidsdeltakelse, samt en spørreundersøkelse og intervjuer blant Storebrands bedriftskunder for å kartlegge arbeidsgiveres utfordringer og behov i arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær. Rapporten skal danne et kunnskapsgrunnlag for Storebrands videreutvikling av tjenester rettet mot arbeidsgivere for å redusere langvarig sykefravær og frafall fra arbeidslivet.

Norge har et relativt høyt sykefravær og en stor andel av befolkningen på helserelaterede ytelser

Over de siste årene har det norske legemeldte sykefraværet ligget relativt stabilt på om lag 5-6 prosent. Om lag 4 prosent av befolkningen i arbeidsfør alder mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) og om lag 10 prosent mottar uføretrygd. Til sammen mottar i underkant av 20 prosent av befolkningen i arbeidsfør alder en helserelatert ytelse, og kvinner er i større grad representert enn menn. Andelen av befolkningen som mottar helserelaterede ytelser er også høyere enn i land det er relevant å sammenligne oss med. Disse forskjellene mellom land kan i stor grad tilskrives innretningen av trygdesystemet, hvor Norge har mer generøse trygdeordninger ved helserelatert fravær fra arbeid, sammenlignet med andre land. Den norske ordningen skiller seg særlig ut det første fraværsåret, ved at sykmeldte får full lønn, dog begrenset til 6 G, i tolv måneder hvorav staten betaler hoveddelen.

Samtidig er andelen av befolkningen som mottar arbeidsledighetstrygd og sosialhjelp lavere i Norge enn i mange andre europeiske land. Norge er også et av landene med høyest sysselsettingsgrad i Europa. Samlet sett er det altså ikke flere som står utenfor arbeidslivet i Norge sammenlignet med andre land. Forskjellen er at mange av de som er uten arbeid i Norge, har en helserelatert begrunnelse for det. Det norske velferdssystemet er avhengig av at sysselsettingen er tilstrekkelig høy for å kunne sikre inntekt for dem som ikke kan stå i arbeid. Bidrag til økt sysselsetting gjennom reduksjon i sykefravær og helserelatert frafall fra arbeidslivet er derfor av stor samfunnsøkonomisk verdi.

Årsakene til sykefraværet er sammensatte, og sykefraværet er trolig også drevet av andre forhold enn helse

Den norske befolkningens helse har generelt sett blitt bedre med årene, noe som isolert sett skulle tilsi et lavere sykefravær. Vi har også en god folkehelse, sammenlignet med andre land, eksempelvis målt med forventet levealder. Norges relativt høye sykefravær kan trolig ikke tilskrives at befolkningen er sykere enn i andre land, men at sykefraværet påvirkes av en rekke andre faktorer enn helsetilstanden. Den største delen av helserelatert fravær fra arbeidslivet kan knyttes til muskel- og skjelettplager og psykiske plager eller lidelser, og mange av disse tilfellene betegnes som diffuse og sammensatte plager med uklare årsakssammenhenger.

Det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet spiller en viktig rolle for sykefraværet på en arbeidsplass. Både fysisk belastende arbeid, eksponering for rollekonflikter, emosjonelle krav og manglende støtte fra leder er pekt på som viktige årsaker. Særlig en kombinasjon av høye krav og få muligheter til påvirke arbeidshverdagen, medfører økt risiko for sykefravær, blant annet knyttet til psykiske helseplager. I SSBs levekårsundersøkelse om arbeidsmiljø fra 2022 oppga over en av tre som hadde hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager de siste 12 månedene at årsaken til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb. Det tilsier at arbeidsgiver har en viktig rolle i å forebygge sykefravær ved å sørge for et godt arbeidsmiljø.

Også innretningen av trygdeordningene må antas å påvirke sykefraværet i stor grad. Arbeidsgiver betaler lønn til sykmeldte arbeidstakere de første 16 dagene av sykefraværsperioden. Deretter tar folketrygden i stor grad over. Arbeidsgiver ansvarliggjøres altså for korttidsfraværet i langt større grad enn langtidsfraværet. Dette til tross for at det trolig er langtidsfraværet arbeidsgiver har størst mulighet til å påvirke, blant annet gjennom et godt arbeidsmiljø, oppfølging av sykmeldte arbeidstakere mm. Arbeidsgiver har altså svake økonomiske incentiver til å lykkes med oppfølging og forebygging. Den sykmeldte har også svake økonomiske incentiver til å unngå sykefravær, gitt full kompensasjonsgrad opp til 6 G i ett år. Mulighetene til å returnere til arbeid kan imidlertid være betydelig svekket etter ett års fravær.

Det er lite kunnskap om effektive tiltak for sykmeldte, men forskningen peker mot tiltak på arbeidsplassen og samtalebasert oppfølging med helhetlig helse- og arbeidsrettet fokus

Det er en rekke aktører som følger opp og tilbyr virkemidler for å hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid. Arbeidsgiver har hovedansvaret for oppfølgingen og tilrettelegging på arbeidsplassen. Helsetjenesten definerer sykemeldingsbehov og helserettet behandling. NAV følger opp at den sykmeldte innfrir vilkårene for sykepenger og tilbyr enkelte arbeidsrettede tiltak.

Det er generelt lite kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive for å bidra til overgang til arbeid for ulike grupper med helserelaterte utfordringer. For de store gruppene sykmeldte med diffuse og sammensatte plager, herunder en del grupper med muskel- og skjelettplager eller psykiske lidelser, kan arbeid i mange tilfeller være helsefremmende. Arbeidsdeltakelse bidrar til å opprettholde sosiale relasjoner, struktur og opplevelse av mening i hverdagen. Mange har likevel behov for tilrettelegging av arbeidsoppgavene i perioder, og ofte også oppfølging kombinert med tilrettelegging. Forskningen tyder på at slik oppfølging bør ha et helhetlig helse- og arbeidsrettet fokus. Dersom plagene ikke har utgangspunkt i dårlig helse, men i en utfordrende livssituasjon, kan tradisjonelle rene helserettede behandlingsløp være lite egnet. I verste fall kan slike ensrettede helseløp bidra til økt sykeliggjøring. Behandlingsløpene for personer med diffuse og sammensatte utfordringer bør derfor ha oppmerksomheten rettet både mot arbeidsrettet og helserettet oppfølging. Elementer i slike tiltak kan være kognitive tilnærminger, fysisk aktivitet og arbeidsevnevurderinger. Forskningen tyder også på at tiltakene bør ha fokus på hvordan den sykmeldte selv opplever egne muligheter for arbeidsdeltakelse. En vektlegging av den sykmeldtes egne tanker om mulighetene innebærer at den enkelte får innflytelse, medvirkning og kontroll på sin egen prosess for retur til arbeid, som også understøtter motivasjon og mestringsfølelse.

Bedriftene har utfordringer i dialogen med den sykmeldte og de andre aktørene

Spørreundersøkelsen og intervjuer med bedrifter som er gjennomført i forbindelse med denne rapporten, tyder på at arbeidsgivere opplever sykefraværet som en sentral utfordring. Majoriteten av bedriftene har strategier knyttet til forebygging og oppfølging av sykmeldte. Det er imidlertid en betydelig variasjon i hvor mye ressurser bedriftene bruker på forebyggings- og oppfølgingsarbeidet. Variasjonen skyldes særlig forskjeller i det økonomiske handlingsrommet.

Arbeidsgivere opplever samtidig en rekke utfordringer i arbeidet med oppfølging av sykmeldte. For det første peker arbeidsgivere på lange køer i det offentlige helsevesenet som en barriere for å sikre rask tilbakeføring til arbeid. Dette gjelder særlig for personer som har muskel-/skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Videre vektlegges manglende søkelys på arbeidsrettet oppfølging, særlig blant fastleger, som et hinder for å få sykmeldte tilbake i arbeid.

En annen barriere som arbeidsgivere trekker frem, er mangel på informasjon om den sykmeldtes behov og utfordringer. Dette pekes på som et sentralt hinder for å tilby målrettet tilrettelegging og støtte fra arbeidsgiver. Mangelen på informasjonsdeling gjør også at dialogen med andre involverte parter, som NAV og fastlegen, fremstår lite konstruktiv og effektiv med tanke på tilbakeføring til arbeid. Flere arbeidsgivere opplever å bli satt litt på siden fremfor å kunne ta del i tilbakeføringen til arbeid, på tross av at de skal være en sentral brikke i tilbakeføringsarbeidet. For arbeidsgiver er det særlig utfordrende å følge opp sykmeldte på en god måte i de

tilfellene hvor den sykmeldte selv er lite motivert for retur til arbeid. En god dialog med den sykmeldte og aktørene rundt den sykmeldte er et viktig suksesskriterium for en effektiv oppfølging fra arbeidsgivers side.

Tidlig hjelp har betydning, men det mangler tilbud i tidlig fase

Sanssynligheten for å lykkes med arbeidsrettet oppfølging er høyere jo tidligere man starter. Jo lenger tid den enkelte er ute av arbeidslivet, desto vanskeligere vil det ofte være å komme tilbake. Særlig har en del psykiske helseplager en tendens til å forsterkes av fravær fra arbeid. Det er derfor en utfordring at sykmeldte får lite arbeidsrettet oppfølging i sykefraværets tidlige fase.

Utfordringene er i stor grad drevet frem av systemet for oppfølging og finansiering av sykefravær. Arbeidsgiver har hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte, men har ofte verken kompetanse, tilgang på relevante tiltak, økonomisk handlingsrom eller økonomiske incentiver til å prioritere omfattende oppfølging. I de fleste tilfeller er det først ved overgang til AAP, etter ett års sykefravær, at NAV kommer inn med individuell oppfølging og arbeidsrettede tiltak.

Sykmeldte har i mange tilfeller tette dialog med fastlegen. Fastlegen skal være portvokter for sykepengeordningen, men har ofte svake forutsetninger for å ivareta denne rollen, spesielt i møte med pasienter med diffuse og sammensatt plager. Noe av dette skyldes trolig manglende kjennskap til arbeidsplassen, men det skyldes også manglende prioritering og til dels manglende økonomiske incentiver til å prioritere arbeidsrettet oppfølging. Fastlegene kan henvise pasientene videre i helsesystemet, men det mangler effektive tilbud i helsetjenesten med et arbeidsrettet fokus.

Det store volumet av sykmeldte er en generell utfordring for aktørene i virkemiddelapparatet, både arbeidsgivere, helsetjenesten og NAV. Tidlig oppfølging i sykefraværsforløpet innebærer at et stort antall sykmeldte vil omfattes. Det er en betydelig ressursutfordring, gitt knappe ressurser i alle deler av virkemiddelapparatet. Mange sykmeldte vil returnere til arbeid uten spesifikk oppfølging og det vil derfor ikke være formålstjenlig å tilby tidlig oppfølging til alle. Tidlig oppfølging av sykmeldte fordrer at man tidlig i sykefraværsforløpet klarer å identifisere hvem som har størst behov, og deretter tilbyr bistand på rett nivå til rett tid.

I praksis er det lite oppfølging og behandling av de store gruppene sykmeldte med diffuse og sammensatte plager. Behandlingsløpene er preget av å være sekvensielle, til tross for at kunnskapsgrunnet understøtter et behov for koordinerte tjenester fra arbeid og helse. Det er arbeidsgivere som har ansvar for arbeidsmiljøet på arbeidsplassene og arbeidsgivere har også hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte i hele det første året etter sykmelding.

Det hviler derfor et stort ansvar på bedriftene i å skape helsefremmende arbeidsmiljø og iverksette tiltak rettet mot personer som er eller står i fare for å bli sykmeldte. I denne rapporten peker vi på en rekke tiltak som bedriftene kan iverksette for å etablere helsefremmende arbeidsplasser og beholde flere i arbeidslivet.

1. Innledning

Storebrand har de siste årene erfart en økt innstrømning til uførhet blant ansatte hos sine bedriftskunder med kollektiv uførepensjon. På oppdrag for Storebrand har Oslo Economics utarbeidet en rapport som belyser årsaker til helse relatert frafall fra arbeidslivet i Norge og drøfter virkemidler som kan redusere sykefravær og innstrømning til uføretrygd, samt hull i systemet som hindrer personer å komme tilbake i arbeid.

1.1 Bakgrunn og mandat

Som tilbyder av kollektiv uførepensjon har Storebrand observert en økning i innstrømningen til arbeidsavklaringspenger og uføretrygd blant ansatte hos sine bedriftskunder. Storebrand tilbyr uføreforsikring til bedriftenes ansatte som utløses ved overgang til arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, men de har ikke informasjon om sykmeldte før det normalt har gått 12 måneder ut i sykefraværet. Av kundene som får utbetalt uførepensjon fra Storebrand når de går over på AAP etter 12 måneders sykmelding, blir 7 av 10 varig uføre.

Som en del av arbeidet for et mer bærekraftig og likestilt samfunn ønsker Storebrand å bidra til at flere klarer å stå i jobb, fordi det er i den enkeltes, næringslivets og samfunnets interesse. Storebrand er i ferd med å ta en mer aktiv rolle gjennom kundeforholdet som selskapet har til bedrifter med uføreforsikringer. Disse forsikringsforholdene gir Storebrand en mulighet for å støtte arbeidsgiveren i den perioden de har ansvaret for oppfølgingen av den sykmeldte. Selskapet har derfor utarbeidet flere tjenester for bedriftene som er Storebrands kunder, som retter seg inn mot tidlig innsats for arbeidstakere som står i fare for å falle ut av arbeidsmarkedet. I tillegg gjøres det et forsøksprosjekt på reaktivering av langtidssykmeldte som ikke lenger har tett relasjon til en arbeidsgiver. Storebrand mener utviklingen i balansen mellom arbeidstakere og stønadsmottakere i velferdsstaten er foruroligende og ønsker at det jaktes på nye løsninger for å holde flest mulig i jobb og å få folk som er utenfor arbeidslivet tilbake i jobb.

På bakgrunn av dette arbeidet har Storebrand engasjert Oslo Economics til å utarbeide en rapport om sykefravær og uførhet i Norge. Hensikten med rapporten er todelt. Først belyser vi årsaker til sykefravær og innstrømningen til varige helse relaterte

ytelser og frafall fra arbeidslivet. Deretter drøfter vi ulike virkemidler som kan redusere helse relatert frafall, og peker på hull i systemet som hindrer personer i å komme tilbake i arbeid. Rapporten skal danne et kunnskapsgrunnlag for Storebrands videreutvikling av tjenester rettet mot arbeidsgivere for å redusere langvarig sykefravær og frafall fra arbeidslivet.

1.2 Metode og informasjonsgrunnlag

For å danne kunnskapsgrunnlaget har vi gjennomgått relevant litteratur, herunder offentlige utredninger og forskning, om årsaker til sykefravær og uførhet, samt hvilke tiltak som virker for å redusere langvarig sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Vi har i hovedsak fokusert på litteratur og dokumentasjon fra Norge, som beskriver erfaringer med norske virkemidler i en norsk kontekst. Gjennomgangen er også supplert med mer generelle funn fra andre land.

Videre har vi benyttet data fra en spørreundersøkelse blant Storebrands bedriftskunder, som er gjennomført parallelt med rapportarbeidet. Hensikten med undersøkelsen har vært å kartlegge bedriftenes utfordringer og behov i arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær. I tillegg har vi gjennomført dybdeintervjuer med et utvalg av Storebrands bedriftskunder, for å få en dypere forståelse av utfordringer og mulige løsninger.

1.3 Leseveiledning

Rapporten er strukturert på følgende måte:

- Kapittel 2 beskriver sykefravær og uførhet i Norge, sammenlignet med andre land, og drøfter årsaker til forskjeller mellom land.
- Kapittel 3 beskriver overordnede faktorer som påvirker sykefravær og uførhet i Norge.
- Kapittel 4 oppsummerer tilgjengelig forskning og annen litteratur om hvilke tiltak som brukes for å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet i dag, og hva vi vet om effekter av ulike tiltak.
- Kapittel 5 belyser og drøfter arbeidsgivers behov i forebyggingen og oppfølgingen av sykefravær, basert på en spørreundersøkelse og dybdeintervjuer med Storebrands bedriftskunder.
- Avslutningsvis, i kapittel 6, drøfter vi funnene fra de ulike delene av kunnskapsinnhentingen.

2. Sykefravær og uførhet i Norge og sammenlignbare land

Norge har et relativt høyt sykefravær og en høy andel av befolkningen mottar helserelevante ytelser, sammenlignet med andre land.

Samtidig har Norge færre mottakere av andre trygdeytelser og en høy andel sysselsatte.

Samlet sett er det altså ikke flere som står utenfor arbeidslivet i Norge, men en høy andel av de som ikke er i jobb har helserelevante begrunnelser for fraværet.

2.1 Sykefravær og uførhet i Norge og sammenlignbare land

Det legemeldte sykefraværet i Norge har ligget relativt stabilt på om lag 5-6 prosent de siste årene, men har økt noe i perioden 2020-2023.

Sykefraværsprosenten er om lag 3 prosentpoeng høyere for kvinner enn menn. Egenmeldt sykefravær har vært på rundt 1 prosent den samme perioden. Samlet sykefravær er altså i underkant av 7 prosent. I 2023 tilsvarte samlet legemeldt sykefravær omtrent 100 000 tapte årsverk.

Andelen som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP) har ligget på om lag 4 prosent og andelen på uføretrygd på om lag 10 prosent de siste årene. I begge grupper er det en betydelig høyere andel kvinner enn menn. I januar 2024 var det 152 000 AAP-mottakere og 367 000 uføretrygde i Norge. Dersom vi legger på 100 000 tapte årsverk til sykefravær, kan vi anslå at over 600 000 årsverk hvert år går tapt til helserelevanter fravær fra

arbeidslivet, tilsvarende 18 prosent av befolkningen i alderen 18-66 år.

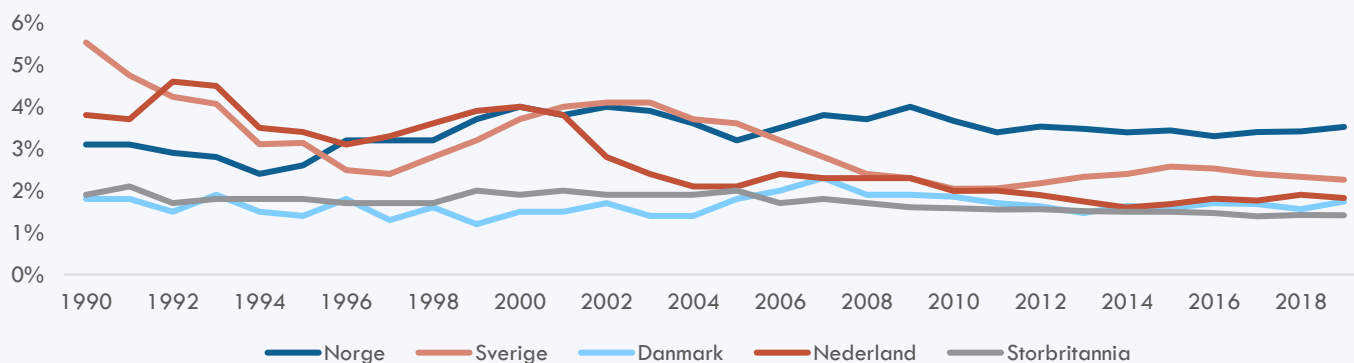
I den offentlige debatten blir det norske sykefraværet ofte løftet frem som høyt, og enkelte påpeker paradokset ved at et rikt land som Norge med en relativt god folkehelse har så høyt fravær knyttet til sykdom (Bergsaker 2018). På tross av usikkerhet ved måling av sykefravær på tvers av land, er det grunnlag for å si at Norge har et høyt sykefravær relativt til andre sammenlignbare land, både i EU og OECD (Figur 2-1). Andelen av den voksne befolkningen som mottar uføreytelser i Norge er også høy, sammenlignet med andre land (NOU 2021:2, 2021).

Det er imidlertid flere forhold som tilsier at slike sammenligninger bør nyanseres. For det første bør forskjeller i trygdeordninger hensyntas i sammenligninger mellom land. Ordningene for oppfølging og finansiering av sykefravær, i noen utvalgte sammenlignbare land, omtales nærmere i kapittel 2.2.

Den høye andelen av befolkningen som mottar helserelevante ytelser i Norge, må derfor sees i sammenheng med den lave arbeidsledigheten. På grunn av strengere regler for å motta dagpenger de siste tiårene, har vi sett en vridning fra arbeidsledighet til helserelevante ytelser. Det tilsier at helserelevante ytelser til dels dekker over en form for skjult arbeidsledighet (Fevang, 2020).

I sammenligningen mellom land bør man derfor også ta hensyn til hvor mange som mottar trygd i alt, ikke kun helserelevante ytelser. På tross av at Norge har en

Figur 2-1: Utviklingen i sykefraværet i utvalgte land



Kilde: Eurostat og NOU 2019:7 (2019)

Note: Figuren viser andelen av alle sysselsatte mellom 15-74 år som er sykmeldte i hele referanseuken, i prosent, basert på data fra arbeidskraftundersøkelsen (AKU) i perioden 1990-2019. Merk at sykefraværet målt i AKU er lavere enn sykefraværsprosenten som er basert på egenmeldte og legemeldte sykefravær. Det skyldes blant annet at sykefraværet i AKU ikke inkluderer sysselsatte som kun er sykmeldte i deler av referanseuken.

relativt høy andel personer som mottar uføretrygd, er ikke andelen som mottar en eller annen form for trygd høy, sammenlignet med andre land (Barth et al. 2023). I Norge er det også færre som hverken mottar trygdeytelser eller arbeidsinntekt, sammenlignet med andre europeiske land. Personer i slike situasjoner er trolig avhengig av å bli forsørget økonomisk av familie eller andre. Generøse offentlige velferdsordninger har dermed til en viss grad flyttet ansvaret for å forsørge personer som ikke jobber, fra private forsørgere, eksempelvis familie eller annet nettverk, til det offentlige velferdssystemet.

En sammenligning av trygdebruk mellom land må også hensynta forskjeller i sysselsetting. Sysselsetting er et viktig fundament for økonomisk velferd. I Norge er om lag 7 av 10 personer i arbeidsfør alder sysselsatt. Nordmenns deltakelse i arbeidsmarkedet gjør Norge til et av landene med høyest sysselsettingsgrad i Europa. Utviklingen i sysselsettingen har imidlertid vært noe svakere enn en del sammenlignbare land siden årtusenskiftet (NOU 2019:7 2019).

Det er særlig to grunner til at Norge har en høy sysselsettingsgrad. Den første er at sysselsettingen er relativt bredt basert, i form av at vi har mange yngre og eldre arbeidstakere. Eksempelvis har Norge en lavere andel av unge som hverken er i jobb eller under utdanning og opplæring, sammenlignet med Sverige, Danmark, Tyskland og gjennomsnittet for EU. Det eneste landet med en lavere andel er Nederland (NOU 2019:7 2019). Den andre grunnen er at vi har en relativt høy sysselsettingsgrad blant kvinner, sammenlignet med andre land. Høy sysselsetting innebærer også at vi trolig sysselsetter en del personer som i utgangspunktet har lavere arbeidsevne eller risiko for sykdom, og som derfor i større grad er utsatt for helserelatert fravær fra jobben eller frafall.

Norges arbeidsmarked kjennetegnes også av en relativt høy andel som jobber deltid. Dette gjelder særlig kvinner. Denne egenskapen ved arbeidsmarkedet kan forklare noe av den høye sysselsettingsgraden fordi det i større grad muliggjør en kombinasjon av arbeid og andre oppgaver, som eksempelvis studier og arbeid i hjemmet.

2.2 Ulike regimer for sykefraværsoppfølging

Sammenligninger av helserelatert fravær på tvers av land må særlig ta hensyn til landenes ulike regimer for sykefraværsoppfølging og -finansiering. For det første vil ulike regimer påvirke hvordan sykefraværet registreres og organiseres. For det andre vil sykefraværsregimet påvirke arbeidstakers insentiver til å stå i arbeid og arbeidsgivers insentiver til forebygging og oppfølging av sykefravær. I det

videre beskriver vi kort regimene i de skandinaviske landene, samt Storbritannia og Nederland. Oppsummeringen er basert på Oslo Economics' gjennomgang av systemene i de ulike landene i en rapport fra 2022 (Oslo Economics, 2022).

Norge

Når en ansatt blir sykmeldt har norske arbeidsgivere finansieringsansvar de første 16 dagene. Etter arbeidsgiverperioden får den sykmeldte full lønnskompensasjon fra folketrygden, opp til et tak på 6 G. Det er også relativt utbredt at arbeidsgivere utbetaler full lønn utover taket på 6G, særlig innenfor tariffavtalene i offentlig sektor (Alsos, 2019). I privat sektor forekommer også slik dekning som et personalgode, særlig innenfor større virksomheter. Utover arbeidsgiverperioden står arbeidsgivere også ovenfor kostnader knyttet til pensjon, forsikring, feriepenger o.l., som ikke dekkes av folketrygden. Etter 52 uker mister den sykmeldte retten til sykepenger, men dersom arbeidsevnen fortsatt ikke er forbedret, har de rett på videre trygdeytelser i form av arbeidsavklaringspenger (AAP). Grensen på 52 uker gjelder uavhengig av om den sykmeldte har vært helt eller gradert sykmeldt. Kompensasjonsgraden på AAP er 66 prosent av tidligere inntekt, inntil 6 G.

I løpet av sykepengeperioden har arbeidsgiver oppfølgingsansvar, men når sykepengeperioden opphører etter 52 uker og den sykmeldte går over på AAP, er det NAV som har ansvar for den videre oppfølgingen.

AAP-perioden kan som hovedregel vare i maksimalt tre år og i løpet av perioden skal arbeidsevnen avklares. Dersom det viser seg at arbeidsevnen ikke kan forbedres etter flere utprøvde tiltak (for eksempel medisinsk behandling, tilrettelegging på arbeidsplassen eller kompetanseheving) vil AAP-mottageren kunne få innvilget varig uføretrygd. Kompensasjonsgraden ved uføretrygd er, i likhet med AAP, 66 prosent av tidligere inntekt, inntil 6 G.

Danmark

I Danmark er arbeidsgiverperioden 30 dager, før kommunen overtar finansieringsansvaret for sykepenger. Sykepengeordningen består av en obligatorisk ordning, som gir full kompensasjon opp til et ytelsestak tilsvarende ytelsestaket i arbeidsledighetstrygden, og supplerende ordninger som i hovedsak gir rett til full lønn i en kortere periode. Dersom arbeidstakeren har rett til full lønn ved sykefravær, er det arbeidsgiver som betaler denne differansen. Dette bidrar til at medfinansieringsansvaret for danske arbeidsgivere er større enn i Norge, hvor arbeidsgiver ikke har finansieringsansvar etter arbeidsgiverperioden på 16 dager.

I likhet med sykelønnsordningen i Norge får også danske arbeidstakere som hovedregel utbetalt sykepenger fra første fraværsdag. Sykelønnsperioden kan være opp til 22 uker innenfor en ni-måneders periode. I tilfeller der arbeidstakeren fortsatt har helseutfordringer som hindrer hen fra å stå i arbeid, kan perioden utvides, eller arbeidstakeren kan gå over på et arbeidsavklaringsforløp der de mottar ressursforløpsytelse på kontanthjelpsnivå. Dette innebærer at de i løpet av avklaringsperioden mottar en kontakthjelp uavhengig av formue eller ektefelle/samboer. Denne er uavhengig av formue eller ektefelle/samboer. Forløpet kan være i inntil to år, men det er mulig å inngå flere arbeidsavklaringsforløp dersom kommunen anser at den sykmeldte fortsatt ikke kan arbeide på grunn av sykdom.

Som hovedregel får ikke personer under 40 år innvilget varig uføretrygd, med mindre det er helt åpenbart at arbeidsevnen ikke kan forbedres (European Commission, 2024).

I Danmark er det kommunen som har ansvar for å følge opp den sykmeldte, og for å legge til rette for samhandling mellom de ulike aktørene.

Sverige

Sverige er det eneste skandinaviske landet som har innført en karensgang i sykepengeordningen. Ordningen innebærer at arbeidstaker ikke mottar ytelser den første dagen i sykefraværet. Utover dette er kompensasjonsgraden 80 prosent. Arbeidsgiverperioden er 14 dager, og således tilnærmet like lang som i Norge. Etter arbeidsgiverperioden, er det staten som finansierer sykepengene.

I Sverige varer det ordinære sykepengeforløpet opp til 52 uker. Utover dette er det mulig å forlenge sykeperioden på ubestemt tid, men nivået på sykepengene reduseres da til 75 prosent av tidligere lønn.

Det er imidlertid også interessante forskjeller i kravene sykmeldte stilles overfor mellom Norge og Sverige. Sverige innførte den såkalte Rehabiliteringskedjan i 2008, som innebar en tett kobling mellom retten til å motta sykepenger og den sykmeldtes arbeidsevne (Oxford Research, 2023). I den svenske modellen vurderes den sykmeldtes arbeidsevne med faste stoppunkter, og vilkårene blir strengere jo lenger ut i sykmeldingsperioden man kommer. Etter 180 dager har den sykmeldte kun rett på sykepenger dersom hen ikke kan utføre noe arbeid som er normalt forekommende på arbeidsmarkedet. Et slikt vilkår har fellestrekk med såkalt yrkesuførhet i Norge (Oxford Research, 2023).

I Sverige har det imidlertid vært en endring i praktiseringen over tid. Fra 2016 – 2020 ble vilkårene strengt praktisert, noe som førte til at mange fikk avslag på sykepenger etter 180 dager. Dette førte til stor misnøye i den svenske befolkningen som igjen resulterte i en rekke unntaksbestemmelser og færre avslag (Oxford Research, 2023). En grunnleggende utfordring med en slik modell er at den kan være krevende å forstå, særlig for sykmeldte personer uten inngående kjennskap til systemet. På den andre siden kan en modell med faste stoppunkter bidra til forutsigbarhet for de involverte partene, og likere praksis på tvers av ulike regioner (Oxford Research, 2023).

Sverige har også en egen ytelse for individer mellom 19 og 29 år med nedsatt arbeidsevne. Disse kan få innvilget aktivitetserstatning for den perioden arbeidsevnen er nedsatt, inntil tre år. Etter tre år må det sendes en ny søknad dersom perioden skal utvides. Dersom arbeidsevnen er permanent nedsatt, kan det også innvilges varig sykeerstatning, tilsvarende uføretrygd. Denne følges opp til reevaluering med noen års mellomrom. Kompensasjonsgraden ved aktivitetserstatning og sykeerstatning er på 64,7 prosent av tidligere inntekt (Forsäkringskassan, 2024).

Nederland

I Nederland avhenger utbetalingen av sykepenger av hvorvidt den sykmeldte har et ansettelsesforhold eller ikke. Dersom den sykmeldte har et ansettelsesforhold er det arbeidsgiver som utbetaler sykepengene, mens for personer uten ansettelsesforhold er det staten som finansierer. Dette til forskjell fra det norske systemet, hvor staten betaler sykepenger uavhengig av om den sykmeldte har en arbeidsgiver eller ikke.

I motsetning til de skandinaviske landene, har ikke Nederland et skille mellom arbeidsgiverperioden og perioden som finansieres av staten. Derimot har arbeidsgiver finansieringsansvar for hele sykepengeperioden som kan være inntil to år. Kompensasjonsgraden er på minst 70 prosent, men det er vanlig at tariffavtaler regulerer denne til 100 prosent det første året og 70 prosent det andre året. Arbeidsgiver kan bli pålagt å betale for et tredje år dersom de ikke kan vise til at de har gjennomført alle relevante tiltak for å muliggjøre retur til arbeid i løpet av to-årsperioden.

I tillegg til å ha et stort finansieringsansvar, har også arbeidsgivere i Nederland et stort oppfølgingsansvar. Arbeidsgiver har blant annet plikt til å kontakte en sertifisert lege, med kompetanse på å omsette medisinske diagnoser til arbeidsevne, etter seks ukers sykefravær. Arbeidsgiver har også ansvar for å utvikle en tilbakeføringsplan med den ansatte etter åtte uker. Dersom arbeidsplassen ikke har egnede

arbeidsoppgaver, er arbeidsgiver forpliktet til å kjøpe tjenester fra en privat leverandør for hjelp til å finne en annen jobb.

Etter to (eventuelt tre) år med sykepenger fra arbeidsgiver, kan den sykmeldte søke om uførepensjon dersom arbeidsevnen ikke er forbedret. Denne kan innvilges gradert eller fullstendig. Ved full ytelse vil den sykmeldte få en kompensasjonsgrad på 75 prosent, opp til 274,44 euro per dag. Ved gradert ytelse har den sykmeldte en kompensasjonsgrad på 75 prosent de første to månedene og 70 prosent de påfølgende månedene i inntil to år. Denne er også begrenset til maksimalt 274,44 euro per dag. Hvis den sykmeldte fortsatt ikke er i arbeid etter to år med gradert ytelse, kan de få innvilget lønnstilskudd eller oppfølgingsytelse (European Commission, 2024).

Storbritannia

I Storbritannia er arbeidsgiver forpliktet, etter visse kriterier, til å betale Statutory Sick Pay (SSP) fra fjerde sykefraværsdag og inntil 28 uker. I motsetning til sykelønnsordningene i de andre nevnte landene, får arbeidstakere i Storbritannia et fast ukentlig beløp, uavhengig av tidligere inntekt.

Videre er det få krav til oppfølging fra arbeidsgiver i sykefraværsperioden. Arbeidsgiver har imidlertid et stort finansieringsansvar og således sterke incentiver til å få den sykmeldte raskt tilbake til arbeid.

Sykmeldte kan også søke om Employment and Support Allowance (ESA). Dersom denne blir innvilget vil den sykmeldte bli tildelt en aktivitetsgruppe eller støttegruppe. De som blir plassert i aktivitetsgruppen er de som blir avklart mot å ha muligheter for forbedring av arbeidsevnen over tid, mens de som blir

plassert i støttegruppen blir avklart mot å ha varig nedsatt arbeidsevne. Kompensasjonen er begrenset til maksimalt £90.50 og £138.20 per uke for henholdsvis aktivitetsgruppen og støttegruppen. Personer som får innvilget ESA i aktivitetsgruppen, vil motta ytelsen i ett år før de må søke på nytt dersom arbeidsevnen ikke er forbedret (UK Government, 2022).

2.3 Oppsummering

Norge har en høy andel mottakere av helserelaterte trygdeytelser, sammenlignet med andre land. Det er mange forhold som bidrar til å forklare dette, utover at befolkningen nødvendigvis er sykere. Innretningen av trygdeordningene påvirker i stor grad bruk av ulike typer ytelser. I andre, sammenlignbare land er særlig oppfølgingen av sykmeldte innrettet på andre måter, hvor den sykmeldte selv og/eller arbeidsgiver har et større finansieringsansvar. Det er trolig en viktig årsak til det høye sykefraværet i Norge, sammenlignet med disse landene.

Samtidig har Norge en høy sysselsettingsgrad samlet sett, og færre mottakere av andre relevante trygdeordninger, sammenlignet med andre land. En høy bruk av helserelaterte trygdeytelser er et utslag av et velferdssystem som gjør det mulig for hver enkelt å opprettholde en inntektssikring ved sykdom, uten å bli avhengig av pårørende eller andre rundt seg, og kan sees på som et samfunns gode i seg selv.

Det norske velferdssystemet er likevel avhengig av at sysselsettingen er tilstrekkelig høy for å sikre inntekt til personer som ikke kan stå i arbeid. Bidrag til økt sysselsetting gjennom reduksjon i sykefravær og helserelatert frafall fra arbeidslivet er derfor av stor samfunnsøkonomisk verdi.

3. Årsaker til sykefravær og uførhet i Norge

Årsakene til sykefravær og uførhet i den norske befolkningen er sammensatt og drevet av en rekke underliggende forhold. Både den generelle helsetilstanden i befolkningen, forhold i arbeidslivet og innretningen av trygdeordningen påvirker sykefravær og frafall fra arbeidslivet.

Årsakene til sykefraværet i Norge er sammensatt. På tross av omfattende forskning er det fremdeles mye usikkerhet knyttet til hvilke underliggende faktorer som driver sykmeldinger. Dette er blant annet fordi at sykefravær ofte skyldes sammensatte problemstillinger hvor konteksten er av betydning. På bakgrunn av dette er det krevende å identifisere enkeltfaktorer som bidrar til sykefraværet.

Legemeldt sykefravær fordrer en diagnose. Ifølge NAVs offisielle sykefraværstatistikk skyldtes om lag 32 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge i 4. kvartal 2023, målt i andel tapte dagsverk, muskel- og skjelettlidelser. Den nest største diagnosegruppen er psykiske lidelser, som står for om lag 25 prosent av de tapte dagsverkene. Sistnevnte har økt jevnt de siste årene (Figur 3-1). Disse to diagnose forekommer også hyppigst blant personer som mottar arbeidsavklaringspenger (AAP). For AAP-mottakere er imidlertid psykiske lidelser størst, med i overkant av 30 prosent av tilfellene, mens muskel-/skjelettlidelser står for i underkant av 30 prosent (Figur 3-2).

Diagnoser er imidlertid basert på symptom bildet til den sykmeldte, som igjen kan forårsakes av ulike faktorer. I de påfølgende avsnittene drøfter vi ulike forhold av betydning for sykefraværet i Norge, basert på tilgjengelig forskning og analyser.

3.1 Helsemessige forhold

En opplagt kandidat til å forklare utviklingen og nivået på sykefravær er utviklingen i befolkningens helsetilstand. Det er imidlertid slik at folkehelsen i Norge er blitt bedre med årene, noe som isolert sett skulle tilsi et lavere sykefravær. Vi har også en god folkehelse, sammenlignet med andre land, eksempelvis målt med forventet levealder (Askildsen, 2016).

På bakgrunn av forholdene over er det enighet i forskningen om at Norges relativt høye sykefravær ikke kan tilskrives at befolkningen er sykere enn i andre land, men at sykefraværet påvirkes av en rekke andre faktorer enn helsetilstanden (NOU 2021:2, 2021). Som påpekt av Lien (2013) er ikke sykefraværutviklingen nødvendigvis et uttrykk for at befolkningen blir sykere, men den kan blant annet være et uttrykk for befolkningens opplevde helsetilstand, utover det rent medisinske. Dette kan blant annet knyttes til ulike oppfatninger av sykdom, diagnose, symptomer og helse (Hansen, 2018).

I forbindelse med ulike livsutfordringer, som eksempelvis dødsfall i nær familie eller samlivsbrudd, vil man i ulik grad kunne oppleve symptomer som søvnvansker og nedstemthet. Sorg i seg selv er ikke en godkjent diagnose for sykmelding, men pasienten vil

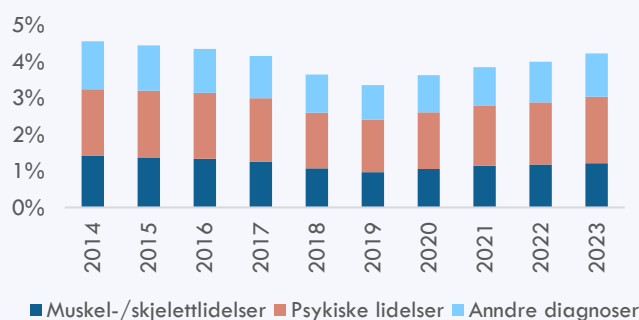
Figur 3-1: Sykefraværprosent fordelt på diagnoser



Kilde: NAV.

Note: Figuren viser legemeldt sykefravær i Norge over tid fordelt på ulike diagnoser. Sykefraværet er målt i tapte dagsverks andel av avtatte dagsverk og beregnet ut fra 4. kvartal hvert år.

Figur 3-2: Andelen av befolkningen som mottar AAP fordelt på diagnoser



Kilde: NAV og SSB.

Note: Figuren viser andelen av befolkningen mellom 18-66 år som mottar AAP, fordelt på diagnoser. Antall mottakere av AAP er beregnet ut fra 4. kvartal hvert år, mens befolkningen er beregnet ut fra 1. januar hvert påfølgende år.

likevel kunne få sykmelding basert på symptombildet. Fastlegen vil i slike tilfeller ofte oppgi en psykisk diagnose som sykmeldingsårsak. De vanligste diagnosene i slike situasjoner er «Psykisk ubalanse situasjonsbetinget» og «Depresjonsfølelse» (Jåtun, 2023; Helsedirektoratet, 2017).

Fra 2003 til 2018 økte psykiske diagnosers andel av sykefraværet. Videre økte antallet sykefravær per sysselsatt som skyldtes lettere psykiske lidelser. Dette har skjedd parallelt med en generell økning i bruk av psykiske diagnoser i befolkningen (Bråten, Bugge, Kristiansen, Gardsjord, & Sæther, 2023). I samme periode har det vært endringer i legenes diagnosepraksis (Brage & Nossen, 2017). I de senere årene har flere tatt til orde for at bruken av psykiske diagnoser i forbindelse med livsutfordringer er en uheldig praksis, ettersom vanlige reaksjoner på ulike livshendelser blir sett på som sykdom og sykeliggjort på en måte som kan få langsiktige konsekvenser for pasienten, blant annet i forbindelse med jobbsøkerprosesser (Hansen, 2018; Jåtun, 2023; Landsforeningen uventet barnedød, 2015).

3.2 Forhold på arbeidsplassen

Forhold på arbeidsplassen påvirker den enkeltes risiko for sykdom og sykefravær. I SSBs levekårsundersøkelse om arbeidsmiljø fra 2022 oppga over en av tre som hadde hatt sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager de siste 12 månedene at årsaken til sykefraværet var helseplager som skyldtes jobb (SSB, 2023). Som påpekt i Knardahl m.fl. (2016) kan forhold på arbeidsplassen påvirke sykefraværet gjennom to mekanismer. Den første er gjennom å påvirke helsen til arbeidstakeren, både gjennom det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet samt organisatoriske forhold hos arbeidsgiveren. Den andre mekanismen er gjennom krav til funksjonsevne, altså hvor god funksjon en arbeidstaker må ha for å utføre arbeidet.

Det er svært krevende å identifisere den kausale sammenhengen mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer og sykefravær. Dette skyldes flere forhold. Eksempelvis gjennomføres forskningen i hovedsak som observasjonelle studier, uten et eksperimentelt grunnlag. Fordi forskeren ikke har kontroll over hvilke faktorer som endrer seg oppstår et krevende identifikasjonsproblem. Videre er en del faktorer ved arbeidsmiljøet vanskelige å måle, og dataene baseres ofte på selvrapportering fra arbeidstakeren. Dette gjelder særlig for det psykososiale arbeidsmiljøet. Slike forhold gjør at det er krevende å anslå sammenhengen mellom enkeltfaktorer og sykefravær.

Fysiske arbeidsmiljøfaktorer

Det fysiske arbeidsmiljøet spiller en viktig rolle for sykefraværet på en arbeidsplass. På tross av at

arbeidsmarkedet i mindre grad enn før består av jobber som utfører tungt fysisk arbeid, kan en betydelig del av sykefraværet tilskrives fysisk eksponering i ulike former. Ifølge forskning fra Statens Arbeidsmiljøinstitutt kan om lag 23 prosent av sykmeldinger i løpet av et år tilskrives mekaniske arbeidsmiljøeksponeringer (Bakke, et al., 2021).

Forskningen trekker særlig frem repetitive bevegelser som innebærer bøyning og belastning for nakke og rygg som risikofaktorer for sykefravær (Knardahl, Sterud, Nielsen, & Nordby, 2016). Slike belastninger påføres arbeidstakere i en rekke sektorer, og er ikke forbeholdt arbeidstakere som jobber med fysiske gjenstander. Eksempelvis er helse- og omsorgssektoren, herunder sykehjems- og barnehagearbeidere, som jobber med mennesker med behov for fysisk assistanse utsatt for tidvis stor belastning i form av løft og krevende kroppsstillinger. En annen faktor som påvirker sykefraværet, er eksponering for støy.

Det er imidlertid ikke bare yrker som innebærer tungt fysisk arbeid som har en økt risiko for sykefravær grunnet fysiske plager. Store deler av arbeidslivet i dag inneholder arbeidsoppgaver som innebærer ensformige bevegelser og stillesitting, herunder arbeid foran PC. Ved mangel på variasjon i arbeidsstilling kan slikt arbeid føre til fysiske plager, typisk i form av muskel- og skjelettlidelser.

Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer

I tillegg til den fysiske belastningen, påvirkes også sykefraværet av psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. Det psykososiale arbeidsmiljøet defineres gjerne som arbeidstakeres opplevelse av arbeidssituasjonen og arbeidsinnholdet, samt det mellommenneskelige samspillet på arbeidsplassen. Arbeidsplassen er en viktig sosial arena, og kan derfor påvirke personers psykiske helse og følelse av mestring. Tilgjengelig forskning anslår at om lag 15 prosent av sykmeldinger i løpet av et år kan tilskrives psykososiale forhold på arbeidsplassen (Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth, & Sterud, 2014).

Forskningen påpeker en rekke sider ved det psykososiale arbeidsmiljøet som assosieres med sykefravær. En faktor som predikerer langvarig sykefravær er høy eksponering for rollekonflikter (Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth, & Sterud, 2014). Slike konflikter innebærer at arbeidstakeren møter motstridende forventninger til arbeidet, herunder målsetninger, prioriteringer, krav til kvalitet og ressursknapphet.

En annen faktor som predikerer langvarig sykefravær, er de emosjonelle kravene arbeidstaker står overfor (Framke, et al., 2019; Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth, & Sterud, 2014). Emosjonelle krav

innebærer de følelsesmessige kravene arbeidstaker møter i relasjonen til andre. Dette kan eksempelvis være møtet med elever for lærere, eller pleietrengende pasienter for helsearbeidere. På tross av at slike relasjoner kan bidra til å gjøre arbeidet meningsfullt, kan det også være belastende å håndtere mentalt.

På en arbeidsplass kan også støtte fra leder være avgjørende for trivsel og motivasjon i jobben. Forskning viser at manglende støtte fra leder er assosiert med høyere sykefravær (Aagestad & Lone, 2018; Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth, & Sterud, 2014). En slik mangel på støtte må ses i sammenheng med de øvrige utfordringene arbeidstaker møter på arbeidsplassen. Eksempelvis viser forskningen også at risikoen for sykefravær øker når arbeidstakeren blir utsatt for mobbing og trakassering på arbeidsplassen (Knardahl, Sterud, Nielsen, & Nordby, 2016). Selv om slike hendelser ikke i seg selv kvalifiserer til sykefravær, er de forbundet med økt risiko for psykiske helseplager.

En sentral modell innenfor arbeidsmiljøforskningen er den såkalte krav-kontroll-modellen (Karasek, 1979). I denne modellen kan fravær forklares med en kombinasjon av høye krav på arbeidsplassen, med lite muligheter for å påvirke organiseringen av arbeidshverdagen, herunder mengde og tid. Forskningen gir tydelige indikasjoner på at kombinasjonen av høye krav og lav kontroll medfører økt risiko for sykefravær (Knardahl, Sterud, Nielsen, & Nordby, 2016), blant annet knyttet til psykiske helseplager (Duchaine, et al., 2020).

Organisatoriske forhold

Den organisatoriske strukturen på en arbeidsplass kan også påvirke sykefraværet. De organisatoriske forholdene omhandler eksempelvis organisasjonsstrukturen og formelle betingelser som arbeidstid og skiftordninger (Knardahl, Sterud, Nielsen, & Nordby, 2016).

Forskningen finner at skiftarbeid er assosiert med økt risiko for sykefravær (Knardahl, Sterud, Nielsen, & Nordby, 2016). Et interessant funn er at dette ikke gjelder lange arbeidsdager og overtidsarbeid.

3.3 Kompensasjonsordninger

Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv er det naturlig å anta at de økonomiske konsekvensene av sykefraværet, både fra arbeidsgivers og arbeidstakers perspektiv, er av betydning for omfanget av sykefraværet. Denne hypotesen støttes av omfattende forskning som viser at de økonomiske insentivene for både arbeidstaker og arbeidsgiver er viktige for omfanget av sykefraværet (NOU 2019:7, 2019).

Blant økonomer er det bred enighet om at endringer i sykelønnsordningen vil føre til en reduksjon i sykefraværet. Dagens sykelønnsordning har flere problematiske egenskaper. I hovedsak dreier dette seg om to forhold.

Det første handler om ansvarsfordelingen mellom arbeidsgiver og NAV. I dagens ordning har arbeidsgiver ansvar for å betale sykepenger de første 16 dagene av sykefraværet før NAV overtar. Dette gjør at arbeidsgivers kostnader i hovedsak er knyttet til korttidsfravær. Det er imidlertid gode grunner til å tro at arbeidsgiver har større muligheter for å påvirke langtidsfraværet gjennom å sikre gode arbeidsvilkår. Arbeidsgiver har dermed svake insentiver til å redusere langtidsfraværet. I tilfeller hvor arbeidsgiver anser sannsynligheten for tilbakefall som stor, kan det være mer gunstig for arbeidsgiver at den sykmeldte gjennomgår en lengre sykmeldingsperiode (Fevang, Markussen, & Røed, 2014).

Det andre forholdet omhandler kompensasjonsgraden, altså hvor mye av arbeidsinntekten som dekkes under sykefravær. I dagens ordning mottar arbeidstakeren full lønn ved sykefravær i opptil ett år, dog med en begrensning på inntekt opptil 6 G. Det er imidlertid relativt vanlig at arbeidsgivere dekker det resterende beløpet. Den fulle kompensasjonen i det første året av sykefraværet er et betydelig velferdsgode for norske arbeidstakere, men det gjør også at arbeidstaker har få økonomiske insentiver til å komme tilbake i arbeid innenfor sykmeldingsperioden.

Etter ett år står imidlertid syke arbeidstakere uten rett til sykepenger og med risiko for et betydelig fall i inntektsgrunnlaget. Dersom NAV vurderer at personen har nedsatt arbeidsevne som er forårsaket av sykdom, kan det kvalifisere til arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd, men dette innebærer likevel en reduksjon i inntektsgrunnlaget til 2/3 av tidligere inntekt opptil 6 G. De økonomiske insentivene slår derfor i hovedsak ut for arbeidstaker selv ett år ut i fraværperioden. Etter ett år står imidlertid arbeidsgiver fritt til å si opp arbeidsforholdet og forskning tyder på at den enkeltes muligheter til å returnere til arbeidsplassen i mange tilfeller vil være betydelig dårligere enn i starten av fraværperioden (se kapittel 4.1.1).

3.4 Oppsummering

Den norske befolkningens helse har generelt sett blitt bedre med årene, noe som isolert sett skulle tilsi et lavere sykefravær. Sykefravær og frafall fra arbeidslivet påvirkes imidlertid av en rekke andre faktorer enn helsetilstanden. Både forhold ved arbeidsplassen og innretningen av trygdeordningene påvirker dette. Sykefraværet i Norge er trolig drevet av et samspill mellom både helserelaterte faktorer,

forhold i arbeidslivet, innretningen av trygdeordningene og også innretningen av virkemiddelapparatet for oppfølging av personer med helserelaterte arbeidsutfordringer. I søket etter løsninger for å få flere tilbake i arbeid, bør man derfor også se etter løsninger som tar inn over seg samspillet mellom disse faktorene. Relevante løsninger bør trolig også involvere arbeidsplassene, og ikke kun adressere helseaspektet isolert sett.

4. Virkemidler og tiltak som påvirker helselatert fravær og frafall fra arbeidslivet

Det er generelt lite kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive for å bidra til overgang til arbeid for ulike grupper. Det er særlig usikkert hva som virker best for personer med diffuse og sammensatte plager. Kunnskapen tyder på at helhetlig samtalebasert oppfølging, med fokus på å kartlegge underliggende årsaker til plagene og et behandlingsfokus hvor arbeidsrettede aktiviteter kombineres med helseoppfølging, kan virke for noen. Denne gruppen får generelt lite og sen oppfølging både av arbeidsgiver, helsetjenesten og NAV.

I dette kapitlet beskriver vi virkemidler rettet mot å øke arbeidsdeltakelsen for mottakere av helselaterte trygdeytelser, og forskning på effekter av ulike virkemidler. Vi fokuserer på virkemidlenes effekter på sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Beskrivelsene omfatter primært virkemidler rettet mot personer med muskel- og skjelettplager eller psykiske plager, fordi dette utgjør de største gruppene av mottakere av helselaterte trygdeordninger.

Kapitlet er inndelt etter de ulike delene av virkemiddelapparatet. Arbeidsgivere er de mest sentrale aktørene for å inkludere personer med helseutfordringer i arbeidslivet. De har ansvar for å forebygge sykefravær på arbeidsplassen og har hovedansvar for oppfølging av sykmeldte i hele sykepengeåret. I kapittel 4.1 beskriver vi tiltak og virkemidler i regi av arbeidsgiver.

Helsetjenesten skal forebygge og behandle helseplager i befolkningen, og har enkelte tiltak rettet særskilt mot økt arbeidsdeltakelse blant personer med helseutfordringer. Helsetjenesten, primært fastlegene, har ansvar for å skrive sykmeldinger og definerer dermed når arbeidstakere er for syke til å kunne jobbe. Med sykmeldingsoppgaven følger også at sykmeldende lege har et ansvar for å følge opp behandlingsforløpet blant sykmeldte. I kapittel 4.2 beskriver vi tiltak og virkemidler som ligger under helsetjenesten.

NAV utbetaler og kontrollerer inngangsvilkårene for trygdeytelser, og tilbyr arbeidsrettede tiltak for mottakere av trygdeytelser. NAV vurderer hvorvidt sykmeldte tilfredsstiller vilkårene for sykmelding første gang ved 8 uker ut i et sykepengeforløp, og følger deretter opp sykmeldte, arbeidsgiver og sykmeldende

lege ved faste stopp-punkter. Ved utløp av den ettårige sykepengeperioden, kan personer som fortsatt ikke har helse til å arbeide søke om AAP (arbeidsavklaringspenger) eller eventuelt varig uføretrygd hos NAV. NAV vurderer inngangsvilkårene for ytelsene og har hovedansvar for arbeidsrettet oppfølging av mottakere av AAP og uføretrygd. I kapittel 4.3 beskriver vi tiltak og virkemidler i regi av NAV.

I kapittel 4.4 oppsummerer vi hva vi vet om de mest effektive tiltakene for å redusere helselatert frafall fra arbeidslivet, og drøfter hullene i dagens virkemiddelapparat.

4.1 Virkemidler på arbeidsplassen

4.1.1 Arbeid som helsebringende aktivitet

Betydningen av arbeid for helse

En del alvorlige sykdommer kan være inkompatible med å stå i arbeid. For enkelte lidelser og plager kan imidlertid arbeid være en helsebringende aktivitet ettersom arbeidstakeren kan knytte sosiale relasjoner, får struktur og opplever mening i hverdagen. I tillegg kan arbeid bidra til identitet, personlig vekst og økonomisk trygghet (Smith, et al., 2022).

Varigheten på tid utenfor arbeidslivet kan i seg selv redusere sjansene for å komme tilbake i arbeid. Dette er et kjent fenomen i helse- og arbeidsmarkedsforskningen. Eksempelvis kan personer som står utenfor arbeidsmarkedet oppleve økte helseproblemer på grunn av isolasjon og inaktivitet, samt redusert motivasjon og tro på at det er muligheter for å komme tilbake i arbeid (Berge & Falkum, 2013; Riesen, Morgan, & Griffin, 2015). Sykefravær kan derfor i seg selv avle mer sykefravær ettersom den sykmeldte faller mer ut av arbeidslivet (NOU 2021:2).

Arbeid som helsebringende aktivitet er særlig relevant for helsetilstander som omfatter lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager (NOU 2021:2). Dette er også de vanligste diagnosene ved sykefravær i Norge. Et kjennetegn ved lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser er at de som rammes ofte har uklare og sammensatte plager, eksempelvis knyttet til mestring, kompetanse og arbeidsmiljøet. I slike tilfeller kan arbeid i seg selv være helsefremmende (Waddell & Burton, 2006; Schafft, 2008; OECD, 2008; van der Noordt, IJzelenberg, Droomers, & Proper, 2014; Nøkleby, Berg, Nguyen, Blaasvær, & Kurtze, 2015).

I en studie av det kommunale helsetilbudet, Rask psykisk helsehjelp, oppgaa behandlere, basert på deres egne erfaringer, at arbeid kan virke helsefremmende for mange grupper med lettere psykiske plager, herunder angst, lettere depresjon og søvnmønstre. Arbeid innebærer aktivitet, sosiale møter og rutiner som er viktige elementer i behandlingen av disse plagene. Samtidig er det også enkelte grupper som har behov for en pause fra arbeid for å bedre helsen. Det gjelder for eksempel personer som er utbrent eller står i konflikter på arbeidsplassen (Oslo Economics, 2020).

For individer med lettere psykiske plager kan en sykmelding forverre helsesituasjonen sammenlignet med fortsatt arbeid, gitt at arbeidet var kombinert med tilstrekkelig oppfølging (Joner, 2008). Holdninger og teorier om at hvile alltid er nødvendig behandling, og at man ikke skal returnere til arbeid før man er helt frisk, er utfordringer som arbeidsgivere og fastleger står overfor i møte med arbeidstakere som selv mener de er for syke til å jobbe (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2016).

For muskel- og skjelettplager er det noe mer usikkerhet knyttet til om det fysiske arbeidsmiljøet kan gjøre plagene verre. Mye tyder likevel på at dette ikke er avgjørende ettersom en stor andel av befolkningen opplever muskel- og skjelettplager uavhengig av arbeidssituasjon, og bistand til å komme tilbake i jobb medfører bedring i symptomer sammenlignet med de som ikke kommer tilbake til arbeid (Waddell & Burton, 2006).

En utfordring for forskere som studerer helseeffekten av arbeid er hvorvidt estimatene er drevet av seleksjonsmekanismer, eksempelvis at individer med bedre helse i større grad deltar i arbeidsmarkedet. Slike mekanismer kan føre til at estimatene fanger opp en effekt som egentlig går fra helse til arbeid, fremfor arbeid til helse. Forskingen har imidlertid funnet støtte for at den kausale effekten av arbeid på helse kan være viktigere enn seleksjonseffekten (Rueda, et al., 2012).

Gradert sykmelding

Gradert sykmelding er et virkemiddel som kan bidra til å holde personer med nedsatt arbeidsevne i jobb. Det kan særlig være et nyttig verktøy for personer med lettere psykiske lidelser og muskel- og skjelettplager. Ved gradert sykmelding får arbeidstakeren mulighet til å redusere arbeidsinnsatsen i en periode uten å miste tilgangen på de helsebringende effektene av arbeid. Forskingen tyder på at gradert sykmelding både reduserer varigheten på sykefraværet og øker sannsynligheten for å være i arbeid i etterkant av sykmeldingen (Markussen, Mykletun, & Røed, 2012; Meneses-Echavez, Baiju, & Berg, 2018).

Resultatene fra forskningen peker i retning av at tidlig innsats med fokus på arbeidsdeltakelse kan være avgjørende for å hindre varig frafall fra arbeidsmarkedet.

4.1.2 Forebygging gjennom arbeidsmiljøtiltak

Arbeidsgivere har et ansvar for å forebygge sykefravær. Ansvaret er nedfelt i arbeidsmiljøloven, som krever at arbeidsgivere jobber systematisk med både det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet.

Faktorer som påvirker arbeidsmiljøet

Statens arbeidsmiljøinstitutt har identifisert ulike faktorer som skaper gode arbeidsmiljø, på tvers av arbeidsplasser og yrker (STAMI, 2024). Den første er krav og innflytelse. Det bør stilles krav til hva vi gjør, men den enkelte bør også gis mulighet til innflytelse. Videre er det viktig at ansatte og ledelsen avklarer forventinger til hverandre, det er behov for å gi hverandre tilbakemeldinger og anerkjennelse, og det er viktig med et godt samspill og samarbeid mellom ledere og ansatte. Usikre tider gir behov for forutsigbarhet og det er viktig å involvere ansatte i endringer. Også åpenhet og respekt er viktig for et trygt arbeidsmiljø.

En studie blant norske offentlige og private virksomheter har sett på ulike faktorer som påvirker misnøye på jobb, og dermed også risiko for fravær. Studien finner at et sosialt miljø med støtte, tillit og oppmuntring, er faktoren som sterkest reduserer misnøyen, mens rollekonflikt er den faktoren som i størst grad utløser misnøye (Christensen & Knardahl, 2022). Samtidig finner de at eldre og yngre arbeidstakere opplever dette noe ulikt. Organisasjonsklima, ledelsesstil, og kontroll over jobben er viktigere for eldre arbeidstakere, mens jobbkrav, forutsigbarhet og faktorer knyttet til rolle er viktigere for de yngre.

Mobbing på arbeidsplassen kan være en viktig negativ faktor på enkelte arbeidsplasser (Nielsen, et al., 2023). Rolle-tvetydighet og rollekonflikt er risikofaktorer for mobbing på arbeidsplassen, mens en ledelse som håndterer disse risikofaktorene på en god måte kan bidra til å forhindre mobbing (Ågotnes, et al., 2023). Konflikter med overordnede er vist å være en viktig risikofaktor for sykefravær blant ansatte (Sterud, et al., 2022).

Bred enighet om arbeidsmiljøets betydning, men lite kunnskap om hvilke tiltak som virker

Sysselsettingsutvalget vektlegger at et godt arbeidsmiljø er avgjørende i arbeidet med forebygging av sykefravær (NOU 2019:7). Det er imidlertid mangel på kunnskap om hvordan arbeidsgiver kan jobbe effektivt med slik forebygging (SINTEF, 2018).

I en kartlegging gjennomført av SINTEF, på oppdrag for Arbeids- og velferdsdirektoratet og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), finner forskerne at arbeidsgivere i norske virksomheter i stor grad er klar over de positive virkningene av et godt psykososialt arbeidsmiljø. På tross av dette tyder funnene på at arbeidsgiverne mangler kunnskap og kompetanse i arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet (SINTEF, 2022). I studien kommer det fram at 81 prosent av de inkluderte virksomhetene har det psykososiale arbeidsmiljøet på dagsordenen, men at kun 65 prosent har strategier eller retningslinjer for å jobbe med det. Videre har kun 43 prosent det psykososiale arbeidsmiljøet som en del av det systematiske HMS-arbeidet. Dette illustrerer den manglende kunnskapen og kompetansen blant norske virksomheter.

En av utfordringene knyttet til arbeidet med arbeidsmiljø er at det ikke finnes noen offisiell definisjon på psykososialt arbeidsmiljø (SINTEF, 2022). Hva som ligger i begrepet, varierer derfor mellom ulike aktører. Virksomhetene som ble undersøkt i forbindelse med SINTEFs kartlegging har en felles oppfatning om at trivsel er det mest sentrale, men mangler kunnskap om sammenhengene mellom psykologiske og sosiale utfordringer, samt hensiktsmessige tiltak og virkemidler.

I hvilken grad forebyggende tiltak kan forventes å redusere sykefraværet, avhenger av hvor effektivt tiltakene adresserer arbeidsmiljøutfordringene i virksomheten. Det finnes flere studier som viser at HMS-tiltak reduserer arbeidsrelaterte skader og påfølgende sykefravær (Verbeek, Pulliainen, & Kankaanpää, 2009; Oude Hengel, et al., 2014). Det er imidlertid vanskelig å påvise en årsakssammenheng mellom tiltak for å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet og sykefraværet. Forskingen som er gjennomført på området er i hovedsak kvalitativ, og peker på aktørenes opplevde erfaringer med tiltakene og hvilke faktorer som oppleves som avgjørende for at tiltakene skal ha ønsket effekt.

Enkeltstudier kan videre vise til positive opplevde effekter av gitte arbeidsmiljøtiltak. For eksempel viser studier fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) at ledere som oppmuntrer og gir de ansatte mulighet til å delta i beslutninger knyttet til jobben de gjør har lavere risiko for nakke- og ryggplager. Ansatte som opplever lite støttende ledere har 60 prosent høyere risiko for et høyt sykefravær sammenliknet med de som oppgir å ha støttende ledere (Smith-Isaksen, 2016).

Forskingen på sammenhengene mellom psykososiale arbeidsmiljøtiltak og sykefravær konkluderer med at systematisk arbeid over tid, med stor grad av involvering, er et viktig suksesskriterium for at tiltakene skal ha effekt (SINTEF, 2018). En effektiv og

systematisk tilnærming til arbeidet med arbeidsmiljøet innebærer at arbeidsgiver har innsikt i hvilke risikofaktorer som finnes på arbeidsplassen, som igjen fordrer en tett dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Oxford Research, 2022). Ved å involvere arbeidstakere i arbeidet bidrar arbeidsgiver til at de ansatte ansvarliggjøres og får eierskap til prosessen (SINTEF, 2018).

Virksomhetene opplever at mange tiltak ikke har effekt

Blant norske virksomheter er det blandede erfaringer med effekten av tiltak rettet mot det psykososiale arbeidsmiljøet. I SINTEFs kartlegging svarte kun 20 prosent av virksomhetene at tiltakene på det psykososiale arbeidsmiljøet hadde redusert sykefraværet. Samtidig svarte over halvparten (58,5 prosent) at de var usikre på sammenhengen og at det var vanskelig å vurdere effekten på sykefraværet (SINTEF, 2022).

Det var også en forskjell mellom virksomheter som har mottatt bistand fra eksterne og virksomheter som ikke har mottatt bistand. De eksterne kunne være fra bedriftshelsetjenesten, NAV Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet eller andre. Blant de som hadde mottatt bistand fra eksterne svarte 56 prosent at tiltakene hadde bidratt til redusert sykefravær mens 44 prosent svarte at det ikke hadde bidratt til redusert sykefravær. Blant de som ikke hadde mottatt bistand fra eksterne var erfaringene motsatt og kun 32 prosent svarte at tiltakene hadde redusert sykefravær, mens 68 prosent svarte at de ikke hadde bidratt til redusert sykefravær (SINTEF, 2022).

Positive erfaringer med tidsavgrenset prosessbistand fra NAV Arbeidslivssenter

NAV Arbeidslivssenter tilbyr prosessbistand rettet mot arbeidsgivere med særlig høyt sykefravær, med formål om å bidra til redusert sykefravær gjennom bedre arbeidsmiljø. Virksomhetene får bistand fra IA-rådgivere til å gjennomføre tidsavgrensede prosesser for å bedre arbeidsmiljøet. Prosessen innebærer en kartlegging av arbeidsmiljøutfordringer i virksomheten, og basert på kartleggingen iverksettes konkrete tiltak i samarbeid med de ansatte. Et flertall av virksomhetene som har fått bistand rapporterer om redusert sykefravær og bedre arbeidsmiljø som et resultat av prosessene. Aktørene erfarer at bred involvering av partsgruppen og de ansatte, samt Arbeidslivssenterets formidling av kunnskap om forebyggende arbeidsmiljøarbeid, er viktige suksesskriterier for at slike prosesser skal ha effekt (Oslo Economics, 2023).

4.1.3 Oppfølging av sykmeldte

Arbeidsgiver har hovedansvar for oppfølging av sykmeldte. Når en arbeidstaker blir sykmeldt skal

arbeidsgiver utarbeide en oppfølgingsplan, i samråd med den sykmeldte, innen det har gått 4 uker. Oppfølgingsplanen skal videreformidles til sykmelder. Deretter skal arbeidsgiver innkalle til og avholde et dialogmøte med den sykmeldte innen 7 uker. Ved gradert sykmelding kan arbeidsgiver vurdere hvorvidt et slikt møte er nødvendig. Målet med dialogmøtet er å diskutere hvilke tiltak som kan iverksettes for å hindre langvarig sykefravær, og skal ende i en oppdatert oppfølgingsplan. Innen 26 uker skal NAV innkalle til et nytt dialogmøte, hvor både arbeidsgiver og arbeidstaker har møteplikt. Ved behov kan det også gjennomføres et tredje dialogmøte. Arbeidsgiver skal kunne dokumentere hvordan de har oppfylt sine plikter ovenfor NAV.

Oppfølgingsamtaler for å avklare status og muligheter

Når en ansatt er sykmeldt, har arbeidsgiver plikt til å gjennomføre tilrettelegging og oppfølging for å bidra til tilbakeføring til arbeid (Arbeidsmiljøloven, 2023). Det er viktig at dette arbeidet kommer fort i gang fordi arbeid i mange situasjoner er helsefremmende. Dette gjelder spesielt i situasjoner der den sykmeldte har lettere psykiske plager eller muskel- og skjelettplager og opplever et sammensatt symptombilde (Waddel & Burton, 2006; Schafft, 2008; OECD, 2008; van der Noordt, IJzelenberg, Droomers, & Proper, 2014; Nøkleby, Berg, Nguyen, Blaasvær, & Kurtze, 2015).

I en kvalitativ studie av norske arbeidsgiveres erfaring med oppfølging av sykefravær, opplevde ledere at oppfølgingen i de fleste tilfeller fungerte godt (Lau, Dye, & Aarseth, 2018). Disse lederne identifiserte tre forhold som bidro til at oppfølgingen fungerte godt. For det første var det nødvendig at den sykmeldte fulgte formelle og uformelle regler forbundet med egen innsats. Lederne beskrev dette som at den sykmeldte leverte sykmelding i tide, tok telefonen når leder ringte, bidro aktivt til å uttrykke tilretteleggingsbehov og uttrykte forståelse for hva eget fravær hadde å si for virksomheten som helhet. For det andre opplevde lederne at oppfølgingen fungerte bedre der det var en høy grad av tillitt mellom lederen og den sykmeldte og en åpen dialog basert på denne. Den tredje nødvendige forutsetningen, var at det var mulig å finne tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen.

På den andre siden er det også mange ledere som opplever det som krevende å følge opp sykmeldte med angst- eller depresjonsdiagnoser. Mange ledere opplever at de mangler kompetanse om mulige tilpasninger og er usikre i kommunikasjonen med sykmeldte med angst og depresjonslidelser (Bramwell, Sanders, & Rogers, 2016; Thisted C. N., et al., 2020;

Thisted C. N., Labriola, Nielsen, Håkonsen, & Bjerrum, 2020).

Relasjonen mellom arbeidstakeren og lederen på arbeidsplassen kan ha betydning både for sannsynligheten for sykefravær, gjennom forebyggende arbeid, og for varigheten på sykefraværet (SINTEF, 2013; Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk, & van Dijk, 2004). Når det kommer til leders tiltak for å motvirke langvarig sykefravær, peker forskningen blant annet på tidlig oppfølging av den sykmeldte, enten i form av dialog mellom leder og arbeidstaker, eller ved å henvise til bedriftshelsetjenesten (Higgins, O'Halloran, & Porter, 2012). Ved å ha en tett dialog fra start med den sykmeldte kan arbeidsgiver redusere risikoen for langvarig fravær og dermed gradvis frafall fra arbeidslivet.

Tilrettelegging av arbeidsoppgaver

En sentral del av sykefraværsoppfølgingen er arbeidsgivers tilretteleggingsplikt. Plikten innebærer at arbeidsgiver skal finne løsninger og tilrettelegge for at arbeidstakeren skal kunne komme tilbake i jobb. Tiltak som arbeidsgiver kan gjøre inkluderer blant annet endring i arbeidstider og/eller arbeidsoppgaver, eventuelle omplasseringer internt i virksomheten, helsebistand i form av fysioterapi og lignende, samt ergonomiske tilpasninger på arbeidsplassen. Forskning viser at tilbakeføringsløp som inkluderer arbeid og tilrettelegging på arbeidsplassen kan øke sjansene for at den sykmeldte returnerer hurtigere til arbeidet (Higgins, O'Halloran, & Porter, 2012).

Det er utfordrende for arbeidsgivere å vite hvor langt tilretteleggingsplikten strekker seg. Det er en utbredt oppfatning både blant ledelse og tillitsvalgte at arbeidsgivere ofte strekker seg langt, og noen ganger for langt, for å tilrettelegge for syke ansatte (Sintef, 2009; Inkluderende arbeidsliv i kommunene, 2011).

Oslo Economics (2024) har nylig kartlagt arbeidsgiveres virkemidler for å tilrettelegge for sykmeldte ansatte og erfaringer med dette, basert på intervjuer med 30 arbeidsgivere i ulike bransjer. Studien viser at arbeidsgivere tilrettelegger for ansatte med helseutfordringer ved å skaffe fysiske hjelpemidler, gi ekstra oppfølging en periode, og/eller tilrettelegge arbeidstid og arbeidsoppgaver. På arbeidsplasser med turnusarbeid kan arbeidsgiver tilrettelegge ved å tilpasse vaktplanen, for eksempel med fritak fra nattevakter og hvileperioder.

Mange arbeidsgivere opplever at tilrettelegging øker belastningen på andre ansatte. Tilrettelegging for sykmeldte kan derfor medføre økt slitasje på andre ansatte og øke sannsynligheten for sykefravær også blant disse. Dette er en betydelig utfordring i mange

virksomheter. Det er derfor begrenset hvor mange ansatte som kan få tilrettelegging samtidig, og det er begrenset hvor lenge slik tilrettelegging kan opprettholdes i hvert enkelt tilfelle. Dette er også i tråd med bedriftenes tilbakemeldinger i undersøkelsen gjennomført i forbindelse med denne rapporten (se kapittel 5).

Hvor langt arbeidsgivere strekker seg for å tilrettelegge arbeidsoppgavene for sykmeldte, avhenger også i stor grad av den sykmeldtes kompetanse og motivasjon. Arbeidsgivere er villige til å gå langt i tilretteleggingsplikten dersom arbeidstaker er motivert og medvirkende, og enkelte arbeidsgivere presiserer at de i disse tilfellene kan tilrettelegge utover det som er lovpålagt. Om arbeidstakeren derimot mangler motivasjon, tilbyr de typisk kun den lovpålagte tilretteleggingen.

Den sykmeldtes medvirkning og motivasjon er avgjørende

Sykmeldte arbeidstakere har etter arbeidsmiljøloven plikt til å medvirke til arbeidet med å fremme retur til arbeid. I Oslo Economics' studie av arbeidsgivers tilrettelegging for sykmeldte, fremkommer det også at arbeidsgivere erfarer stor variasjon i hvor mye den sykmeldte i praksis medvirker i arbeidet. Arbeidsgivere er opptatt av at arbeidsgivers tilretteleggingsplikt også henger tett sammen med den sykmeldtes medvirkningsplikt. De opplever at det er lite bevissthet om at den sykmeldte har denne plikten til å medvirke til å finne gode løsninger for retur til arbeid. Når den sykmeldte selv medvirker og viser interesse og motivasjon for å finne tiltak som kan bidra til en raskere retur til arbeid, vil også arbeidsgiver strekke seg lenger for å finne gode løsninger. I tilfeller hvor den sykmeldte ikke viser interesse eller motivasjon for å returnere til arbeid, er det vanskelig for arbeidsgiver å finne gode tiltak. Arbeidsgivere opplever at de i slike tilfeller blir stående alene om å finne gode tiltak, og etterlyser at sykmeldende lege eller NAV i større grad informerer sykmeldte om deres medvirkningsplikt.

Bedriftshelsetjenesten

Når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, plikter arbeidsgiver å knytte til seg en godkjent bedriftshelsetjeneste. Bedriftshelsetjenesten er en rådgivende tjeneste som bistår arbeidsgivere og arbeidstakere med det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i virksomhetene. Formålet med tjenesten er å forebygge sykdommer, skader og psykiske belastninger på arbeidsplassen, men bedriftshelsetjenesten kan også bidra til å støtte arbeidsgiver i oppfølgingen av sykmeldte. Bedriftshelsetjenesten består av tverrfaglig kompetanse innen arbeidsmiljø, for eksempel leger,

yrkeshygienikere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter og organisasjonspsykologer.

Det finnes lite forskning som kan understøtte betydningen av bedriftshelsetjenesten for å forebygge og redusere sykefravær. Hvorvidt bedriftshelsetjenesten bidrar til å redusere sykefravær, avhenger trolig av tjenestens innretning. Noen bedriftshelsetjenester jobber i hovedsak med generelle livsstils- og helsefremmende tiltak for de ansatte (f.eks. generelle helsekontroller, individtilpassede treningsprogram m.m.), og studier har pekt på at slike tiltak i liten grad bidrar til å fremme arbeidsmiljø eller redusere sykefravær (Krogsbøll, Jørgensen, Larsen, & Gøtzsche, 2012). I tilfeller der bedriftshelsetjenestens arbeid bidrar til å understøtte virksomhetens forebyggende arbeidsmiljøarbeid eller effektiv oppfølging av sykmeldte, er det derimot grunn til å forvente at det kan bidra til å redusere sykefravær (Sintef, 2016; Oslo Economics, 2018).

4.1.4 Virkemidler under IA-avtalen

IA-avtalen (Avtalen for et inkluderende arbeidsliv) er en samarbeidsavtale mellom staten og partene i arbeidslivet, med formål å redusere sykefraværet. I 2019 ble IA-avtalen utvidet til å inkludere alle virksomheter.

Tidligere versjoner av IA-avtalen innebar at virksomheter frivillig kunne bli såkalte IA-bedrifter, med flere virkemidler for å jobbe med forebyggende arbeidsmiljøarbeid og redusert sykefravær. Evalueringer fra disse periodene tyder på at IA-avtalen har bidratt til noe økning i sykefraværet, ved at ansatte i IA-bedrifter hadde høyere sannsynlighet for å bli i arbeid etter en sykmeldingsperiode. Dermed har IA-avtalen bidratt til redusert frafall fra arbeidslivet, men når personer med helseutfordringer i større grad beholdes i arbeidslivet har også sykefraværet isolert sett økt (Hasting, et al., 2023; Hoff, et al., 2022).

Utvidet egenmeldingsperiode for ansatte i IA-bedrifter har vært et virkemiddel i tidligere IA-avtaler. I et prøveprosjekt fikk ansatte i 12 ulike virksomheter mulighet til egenmelding i opptil ett år. Prosjektet varte fra 2013 til 2016 og virksomhetene hadde ordningen i 1 3/4 år. Evalueringen viste at ordningen ikke påvirket sykefraværet i virksomhetene. Ordningen bidro imidlertid til økt bruk av gradert sykemelding og tettere oppfølging fra arbeidsgiver (Proba samfunnsanalyse, 2016).

4.2 Virkemidler i regi av helsetjenesten

I dette delkapittelet omtaler vi de delene av helsetjenesten som behandler personer som er utenfor arbeid grunnet helseutfordringer og deres virkemidler for å øke arbeidsdeltakelsen blant denne gruppen. Helsetjenestens primær oppgave er å forebygge og behandle sykdom, og tradisjonelt har helsetjenesten i liten grad fokusert på å understøtte pasientenes arbeidsdeltakelse. De senere årene har det imidlertid, også i deler av helsetjenesten, blitt en mer utbredt oppfatning at arbeid kan være helsefremmende for mange, særlig de store gruppene som mottar helse relaterte ytelser for muskel/skjelett- og psykiske plager, og at arbeid derfor kan være et virkemiddel og delmål også for helsetjenestens oppfølging. I deler av helsetjenesten finnes det derfor virkemidler med arbeidsrettet fokus.

Samtidig er helsetjenester en knapp ressurs, som i all hovedsak er finansiert av det offentlige. Prioriteringskriteriene for tjenesten tilsier at pasientene skal prioriteres etter sykdommens alvorlighet. Behandlingens betydning for pasientens arbeidsdeltakelse vektlegges i all hovedsak ikke. Pasienter med diffuse smerter vil derfor i mange tilfeller komme langt ned på prioriteringslisten i tjenesten, til tross for at dette er en gruppe hvor helsebehandling kan ha stor betydning for arbeidsevnen.

I dette kapittelet omtaler vi kun de delene av helsetjenesten som til dels har et arbeidsrettet fokus, utover et rent helserettet fokus, og vi fokuserer på virkemidlenes effekter på arbeid. Beskrivelsene omtaler primært tjenester rettet mot personer med muskel- og skjelettplager eller psykiske plager, fordi dette utgjør de største gruppene av mottakere av helse relaterte trykdeordninger.

I tillegg til tjenestene som omtales her, har også helsetjenesten en rekke rent helserettede behandlingstilbud som kan bidra til økt arbeidsdeltakelse gjennom ren helserettet behandling. Viktige behandlingstilbud for personer med muskel- og skjelettplager er for eksempel fysioterapi, MR, røntgen, operasjoner og rehabiliteringstjenester. For personer med psykiske plager eller lidelser har spesialisthelsetjenesten psykisk helsevern, både med poliklinikk og institusjonstilbud. Kommunene har også mer eller mindre lavterskel behandlingstjenester rettet mot disse gruppene, i varierende omfang og innretning.

4.2.1 Fastlegene

Det er primært fastleger som skriver sykmeldinger i Norge. Det er som oftest fastlegen som avgjør om

individer skal få sykmelding eller ikke, samt lengden og graderingen av denne. Fastlegen har i tillegg ansvar for å iverksette nødvendig behandling, enten ved å behandle pasientene selv eller ved å henvise pasientene til andre relevante deler av helsetjenesten.

Fastlegenes rollekonflikt

Fastlegenes rolle som sykmelder innebærer at de må balansere ulike hensyn, både egen faglig integritet, pasientens ønsker og rollen som portvokter for velferdsordningene. Målet er å treffe en vurdering som er til det beste for pasientens helse, enten dette er fullstendig eller gradert sykmelding, eller behandling i kombinasjon med alminnelig eller tilrettelagt arbeid. Dette er en utfordrende vurdering og tilgjengelighet av ulike behandlingsforløp vil også spille inn.

Mange fastleger opplever det som utfordrende å balansere de ulike hensynene (Nilsen, 2018). Hensynet til egen faglig integritet og rollen som portvokter for velferdsordningene blir utfordret av hensynet til pasientens egne ønsker og hvordan disse påvirker fastlegens rykte. Denne rollekonflikten ble undersøkt i en registerdataundersøkelse fra 2017 hvor forfatterne undersøkte om det er slik at fastleger lettere skriver ut sykmeldinger for å bevare eget rykte som en godt likt lege, i en situasjon der de er i konkurranse med andre fastleger om pasientene. Resultatene fra undersøkelsen viser at legene tar dette i betraktning og handler på dette i forbindelse med åpninger på egen liste og/eller den lokale konkurransesituasjonen. Forfatterne finner også at den økte tilbøyeligheten til å gi ut sykemelding øker fravær fra jobb med cirka 4 prosent. Denne økningen i sykefravær kunne imidlertid vært enda større dersom det var sterkere konkurranse mellom legene om pasienter (Markussen & Røed, 2017).

Samtaleterapi for psykiske plager

Pasienter med lettere psykiske plager kan tilbys samtaleterapi av fastlegen. I tråd med en betydelig økning i diagnostisering av psykiske plager i befolkningen generelt, og blant unge spesielt, bruker også fastlegene i økende grad samtaleterapi. Fra 2006 til 2021 økte andelen unge som mottar samtaleterapi fra fastlegen betydelig. I 2021 fikk 12 prosent av kvinner og 5 prosent av menn i aldersgruppen 20-25 år samtaleterapi hos fastlege (Wahlberg, Pape, B., & Vie, 2023). Av det vi kjenner til finnes det ikke forskning på effekten av fastlegenes samtaleterapi på arbeidsdeltakelsen blant sykmeldte.

Måten fastlegene møter pasientene på kan i seg selv også ha en påvirkning på bruken av sykmelding (Abrahamsen, Reme, Wangen, Lindbæk, & Werner, 2023). I et randomisert forsøk med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer, fikk fastlegene i tiltaksgruppen instruksjoner om å ta i bruk

samtaleverktøyet «Individual Challenge Inventory Tool») (ICIT) utviklet av en norsk fastlege. ICIT er basert på prinsipper fra kognitiv terapi, men er tilpasset til bruk i allmennpraksis. Resultatene viste at 76 prosent av individene i eksperimentgruppa opplevde bedring i funksjon, symptomer og livskvalitet mot 38 prosent i kontrollgruppa. Bedringen i helsetilstanden medførte at eksperimentgruppa etter 11 uker hadde et sykefravær som var redusert med 27 prosentpoeng mot en 4 prosentpoengs reduksjon i sykefraværet til kontrollgruppen. Pasientene rapporterte også å være fornøyde med at fastlegene snakket med dem om hva de faktisk kunne gjøre på jobb, heller enn ikke å snakke om det (Abrahamsen, Reme, Wangen, Lindbæk, & Werner, 2023). Resultatene tyder på at det finnes mer effektive metoder for fastlegene å møte pasientene sine på enn hva som brukes i dag.

Forskningen tyder dermed på at dersom de ulike aktørene som møter den sykmeldte, inkludert fastlegene, har en mer mulighetsorientert dialog heller enn sykdomsorientert, vil dette potensielt kunne redusere bruken av sykmelding.

Kognitiv terapi og jobbspesialister på fastlegekontor

Den største utfordringen i oppfølgingen av sykmeldte er samhandlingen mellom ulike aktører og å sikre samtidighet i behandling og arbeidsrettede tiltak. Som et svar på denne utfordringen, ble fastlegeprosjektet utviklet med oppstart tidlig i 2023 (Oxford Research, 2024).

For å oppnå bedre samhandling ble det lagt vekt på samløkalisering av en kognitiv terapeut og en jobbspesialist på fastlegekontorene. De første foreløpige resultatene fra følgeforskningen viste at samløkaliseringen var vanskelig å praktisere på grunn av manglende ressurser hos fastlegene, med hensyn til å sette av tid og rom til møtene. Utfordringene hos fastlegene gjorde at deres arbeid ikke endret seg stort, heller ikke samhandlingen med andre aktører som NAV. For jobbspesialisten og den kognitive terapeuten opplevdes prosjektet likevel relevant når de gjennomførte arbeidet med begrenset involvering fra fastlegen. De kognitive terapeutene rapporterte også at de jobbet med en mer arbeidsrettet tilnærming gjennom prosjektet. Brukerne var også fornøyde (Oxford Research, 2024). Denne studien viser imidlertid at fastlegenes tidspress og manglende prioritering, trolig utgjør en betydelig barriere i arbeidet for å hjelpe sykmeldte tilbake i arbeid.

Utredning og diagnostisering

Økt utredning og diagnostisering av psykiske plager og lidelser i befolkningen, kan ha bidratt til at flere får behandling som reduserer plagene. Samtidig er det også en bekymring for at økt grad av utredning, diagnostisering og behandling av lettere psykiske plager i befolkningen bidrar til sykeliggjøring. Et

overdrevent fokus på helsedrevne mekanismer, og leting etter løsninger i helsetjenesten, kan virke pasifiserende og ta fokus vekk fra andre underliggende årsaker til utfordringene. En norsk studie indikerer at økt bruk av psykiske diagnoser i helsetjenesten kan ha bidratt til at flere unge faller ut av videregående skole og økt sannsynlighet for overgang til AAP og uføretrygd blant unge (Markussen & Røed, 2020).

Tidligere forskning på unge voksne tyder også på at måten velferdsordningene er organisert på med strenge krav til frister, forutsetninger og diagnoser for ulike støtteordninger (sykmelding, AAP og uføretrygd) kan bidra til at prosessen med å hjelpe et individ som står utenfor arbeid blir overdrevent begrensingsfokuseret (Kalstø & Danielsen, 2022). Kortsiktig fokus på inntektssikring blir viktigere enn et mer langsiktig fokus på muligheter for arbeid slik at flere får helserelaterte ytelser (Kalstø & Danielsen, 2022).

4.2.2 Arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering innebærer «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler med deltakelse i arbeidslivet som definert hovedmål». Prosessen innebærer ofte en kombinasjon av tiltak rettet mot deltakernes helseutfordringer parallelt med et fokus på arbeid, hvor deltakeren selv bidrar aktivt for å øke egen funksjons- og mestringsevne (Braathen & Tellnes, 2014). Arbeidsrettet rehabilitering tilbys både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. NAV har også et tilbud om arbeidsrettet rehabilitering i egen regi, rettet mot trygdemottakere med nedsatt arbeidsevne.

Et helhetlig behandlingssfokus

Arbeidsrettet rehabilitering er i hovedsak rettet mot personer med sammensatte plager som enten er langtidssykmeldte eller har stått utenfor arbeid over tid. Målgruppen er ofte personer med muskel- og skjelettplager og/eller psykiske plager. Ofte har disse også andre belastninger utover helseplagene, som krevende omsorgsoppgaver, konflikter i familien, økonomiske problemer eller belastende arbeidsforhold (Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering, 2024).

Møt «Liv». Hun er 45 år, jobber i barnehage, er pliktoppfyllende. Oppveksten var tøff. Hun er skilt, har dårlig råd, bekymrer seg mye. Ryggen verker, sønnen sliter psykisk. Hun har prøvd å strekke til,

*men for et halvt år siden sa det
stopp: Hun ble sykmeldt.*

Eksempel på deltaker i arbeidsrettet rehabilitering, Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering

Arbeidsrettet rehabilitering bygger på en forståelse om at tradisjonell medisinsk behandling i liten grad har vist seg å ha effekt på plagene denne gruppen har, og at behandlingen bør ha en mer helhetlig tilnærming som ser helseplagene i sammenheng med andre utfordringer i livssituasjonen til den enkelte.

Mangel på kunnskap om effekter, men enkeltstudier tyder på at tverrfaglige tiltak kan virke

Forskningslitteraturen innen arbeidsrettet rehabilitering kan vise til studier hvor tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering har hatt positive effekter på retur til arbeid (Carroll, Rick, Cameron, & Hillage, 2010; Norlund, Ropponen, & Alexanderson, 2009; Kuoppala & Lamminpää, 2008). Andre studier finner ingen effekt av arbeidsrettet rehabilitering (Tingulstad, Meneses-Echavez, Evensen, Bjerk, & Holte, 2021). Det er imidlertid få studier som måler effekter på arbeidstilknytning, og disse studiene ser på tiltak med noe ulik innretning. Det er forsket mest på effekten av arbeidsrettet rehabilitering blant personer med muskel- og skjelettplager, mens det er mindre kunnskap om effekter av slike tiltak for personer med psykiske plager (Braathen & Tellnes, 2014). Vi har derfor lite kunnskap om hvilke kategorier av sykmeldte som har nytte av ulike tiltak, og hvordan tiltakene kan innrettes mest mulig effektivt mot ulike målgrupper blant sykmeldte.

I forbindelse med prosjektet «Raskere tilbake» ble det gjennomført en studie i Norge som undersøkte effekten av å kombinere metakognitiv terapi med jobbfokusert kognitiv terapi for pasienter med vanlige psykiske plager. Studien sammenlignet resultater fra tiltaksgruppen med resultater fra en kontrollgruppe som besto av pasienter på venteliste for tiltak. Pasientene i tiltaksgruppen ble oppmuntret til å reflektere rundt arbeidsrelaterte utfordringer og til å bruke arbeidsplassen som en arena for å prøve ut og utvikle mestringsstrategier fra terapien. Tiltaket skulle også inkludere en kartlegging av arbeidsplassen slik at terapeuten og pasienten kunne utarbeide en tilbakeføringsplan som også skulle kommuniseres til fastlegen. Ved avsluttet tiltak, var 41,4 prosent av tiltaksgruppen tilbake i arbeid, mot 26,3 prosent i kontrollgruppen (Gjengedal, et al., 2020).

Den eksisterende forskningen tyder på at tiltak med et helhetlig behandlingsfokus, som kombinerer arbeidsrettet og helserettet oppfølging, ser ut til å virke bedre enn ensrettede tiltak. Elementer i slike tiltak kan være kognitive tilnærminger, fysisk aktivitet,

arbeidsevnevurderinger og koordinering av tiltak (Braathen & Tellnes, 2014).

Redusert frafall fra arbeid med gruppeopplæringsprogram

En 20 år gammel norsk studie tyder på at et spesifikt opplæringsprogram omtalt som «Livsstyrketrening» kan redusere frafall fra arbeidslivet for personer med kroniske muskel- og skjelettsmerter. Programmet tar utgangspunkt i at muskel- og skjelettsmerter kan tolkes som kroppslige reaksjoner på en utfordrende livssituasjon over tid. Programmets hensikt er at deltakerne skal få mulighet til å bli bevisst på slike sammenhenger, reflektere over ønsker for eget liv og tilegne seg strategier for å håndtere egne utfordringer, både det kroppslige og i livet som helhet (Steen & Haugli, 2000). Programmet består av 12 samlinger, med en varighet på en halv dag per samling, med to ukers mellomrom. Hver samling har et gitt tema. Samlingene gjennomføres i grupper og ledes av helsepersonell som har fått opplæring i programmet.

En intervensjonsstudie viste at deltakerne ett år etter programmet oppga mindre smerter, bedre smertemestring, bedre evne til å ta vare på seg selv, hadde redusert forbruk av helsetjenester og lavere andel på uføretrygd, sammenlignet med en kontrollgruppe. Det var imidlertid ingen reduksjon i sykefraværet sammenlignet med kontrollgruppen. Programmet ser altså ut til å ha bidratt til at flere ble værende i arbeid med sykefravær, i stedet for i varig uføretrygd. (Haugli, Steen, Lærum, Nygard, & Finset, 2001)

En viktig mekanisme er trolig at arbeidsrettede tiltak som bidrar til at personer med diffuse helseplager ikke faller ut av arbeidslivet, antakelig isolert sett vil øke sykefraværet, fordi denne gruppen fortsatt vil være utsatt for helserelatert fravær fra arbeid. Det bør likevel være et mål å beholde flest mulig i arbeidsstyrken, til tross for at sykefraværet vil øke.

Døgnbasert behandling kan ha større effekt enn dagbasert behandling

Et sentralt skille i tiltakene som tilbys under arbeidsrettet rehabilitering er hvorvidt tjenestene skal være døgnbasert eller dagbasert. Det finnes i dag døgnbaserte tilbud om arbeidsrettet rehabilitering, hvor deltakerne bor på et rehabiliteringssenter i flere uker og kan motta en rekke tjenester innenfor dette, herunder kognitiv atferdsterapi, fysisk trening, trening i å håndtere utfordringer i arbeidssituasjoner og hvor det legges konkrete planer for retur til arbeid i samarbeid med behandlere. Det finnes også mindre ressurskrevende dagbaserte tilbud, med behandlingsopplegg med delvis tilsvarende innhold, men i mindre intensivt omfang. Et sentralt spørsmål er

hvordan tjenestene kan innrettes mest mulig effektivt, med best effekt i forhold til ressursinnsats.

En randomisert studie av døgnbasert versus dagbasert oppfølging i Norge, viser bedre resultater på sykefravær av døgnbasert behandling, sammenlignet med dagbasert behandling (Gismervik, et al., 2020). Målgruppen for studien var sykmeldte med muskelskjelett eller psykiske plager. 166 sykmeldte ble tilfeldig fordelt til to ulike behandlingsregimer: 1) 3,5 ukers opphold i et døgnbasert behandlingstilbud ved Hysnes rehabiliteringssenter i Trøndelag, 2) ATC-behandling (aksept- og verdibasert aterdsterapi) ved St. Olavshospital, med ukentlige behandlingstimer a 2,5 time over 6 uker. Gruppen som ble behandlet ved rehabiliteringssenteret fikk et bredt tilbud av tjenester, som både inkluderte ATC-behandling, fysisk trening, trening i å håndtere utfordringer i arbeidssituasjoner og hvor det ble lagt konkrete planer for retur til arbeid i samarbeid med behandlere.

Et halvt år etter behandling var det ingen forskjell i sykefravær mellom de to gruppene. Ett år etter behandling var det derimot 27 prosent lavere sykefravær i gruppen som hadde hatt opphold ved rehabiliteringssenteret.

Kartlegging av mulige årsaker

Arbeidsrettet rehabilitering er innrettet for å kunne identifisere og behandle potensielle livsutfordringer hos deltakerne i et bredt perspektiv. En pågående studie gjennomfører en systematisk kartlegging av hvilke utfordringer deltakere i arbeidsrettet rehabilitering har. I en foreløpig oppsummering basert på de 80 første deltakerne i studien, rapporterer forskerne at mange har vært gjennom samlivsbrudd (59 prosent), konflikter i nære relasjoner (49 prosent), alvorlige økonomiske problemer (44 prosent), å miste jobben (39 prosent), mobbing på skole eller arbeidsplass (32 prosent) og vold eller overgrep i voksen alder (27 prosent)¹.

Videre oppgir forskerne at nesten halvparten har negative erfaringer med vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen. Traumatiske hendelser i barndommen kan ha negativ påvirkning på arbeidsdeltakelsen som voksen. Vi har imidlertid ikke kunnskap om omfanget av traumatiske hendelser fra barndommen er større blant deltakere i arbeidsrettet rehabilitering, sammenlignet med befolkningen generelt.

¹ Resultatene som omtales i dette og påfølgende avsnitt er hentet fra artikkel på nettsiden til Kompetansesenteret for arbeidsrettet rehabilitering ([https://arbeidoghelse.no/forskning-mange-av-de-som-henvises-til-arbeidsrettet-rehabilitering-har-hatt-en-toff-](https://arbeidoghelse.no/forskning-mange-av-de-som-henvises-til-arbeidsrettet-rehabilitering-har-hatt-en-toff-oppvekst)

Avklaring av den enkeltes opplevde muligheter

Kunnskapen fra arbeidsrettet rehabilitering tyder på at bistanden bør innebære en dialog om hvordan personen selv opplever egne muligheter for arbeidsdeltakelse. Dette gir grunnlag for å kunne sette inn målrettede tiltak tilpasset den enkeltes behov. Den enkeltes tanker om egne muligheter dannes på bakgrunn av en rekke forhold i den enkeltes liv og omgivelser. En vektlegging av personens egne tanker om mulighetene innebærer at den enkelte får innflytelse, medvirkning og kontroll på sin egen prosess for retur til arbeid, som også understøtter motivasjon og mestringsfølelse (Braathen & Tellnes, 2014).

Det er utviklet ulike verktøy for å kartlegge den enkeltes vurderinger av egen situasjon. En randomisert studie fra Sykehuset i Innlandet har undersøkt betydningen av å ta i bruk tverrfaglig behandling hvor et kartleggingsverktøy, kalt ISIVET, var sentral. Funnene tyder på at behandlingen bidro til raskere retur til arbeid på kort sikt, men ikke på lang sikt. Deltakerne oppga imidlertid bedre evne til å håndtere smerter og egen helse, samt mindre bruk av helsetjenester (Brendbekken, Harris, Ursin, Eriksen, & Tangen, 2016). Den tverrfaglige behandlingen var imidlertid mer ressurskrevende enn tradisjonell behandling, og det er derfor et åpent spørsmål hvordan slike tjenester kan innrettes mest mulig effektivt.

4.2.3 Lavterskel psykisk helsehjelp

Ulike psykiske diagnoser er blant de største sykefraværårsakene i Norge. Samtidig vil personer med enkelte lettere diagnoser innenfor angst og depresjon i stor grad ha positivt helseutbytte av arbeid. Tilbudet til denne gruppen har imidlertid vært begrenset ettersom det finnes relativt få lavterskeltilbud innen psykisk helsehjelp (Helsedirektoratet, 2015), og det er lang ventetid på behandling i psykisk helsevern (Tiller, 2023).

Ett tilbud som derimot finnes i mange norske kommuner er Rask psykisk helsehjelp, et kommunalt tjenestetilbud rettet mot personer over 16 år med mild til moderat angst, depresjon, begynnende rusproblemer og/eller søvnvansker. Personer som enten har alvorlige eller langvarige moderate psykiske helseplager er i utgangspunktet ikke i målgruppen. Formålet med tilbudet er at brukerne skal få hjelp tidlig, slik at symptomene lindres og reduseres og dermed ikke utvikler seg, samt å styrke livskvaliteten og arbeidsevnen og redusere langtidsfravær fra jobb

oppvekst) og beskrivelser av prosjektet (<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/prosjekt/2013126>). Funnene er imidlertid ikke publisert i vitenskapelige artikler og må tolkes som foreløpige.

(NAPHA, 2024). Rask psykisk helsehjelp er et gratis lavterskeltilbud som gir direkte hjelp uten krav om henvisning fra fastlege, og målet er at man skal få et tilbud innen én til to uker etter at kontakt er opprettet (NFKT, 2024).

I 2016 evaluerte Folkehelseinstituttet (FHI) Rask psykisk helsehjelp og gjennomførte en randomisert kontrollert studie (RCT) av tiltaket i tolv kommuner. FHI konkluderte med at brukerne skårer bedre på symptomer etter endt behandling (Smith, Alves, & Knapstad, 2016). RCT-en viste at Rask psykisk helsehjelp var dobbelt så effektiv som vanlig oppfølging til å lindre symptomer, men at det ikke ga noen signifikante effekter på arbeidsdeltakelse i forhold til vanlig oppfølging (Knapstad, Lervik, Sæther, Aarø, & Smith, 2020).

4.2.4 Individuell jobbstøtte til personer med psykiske lidelser

Individuell jobbstøtte (IPS) er en oppfølgingsmodell for personer med psykiske utfordringer eller rusproblemer, som driftes i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og NAV (NAV, 2024). Oppfølgingen bygger på en systematisk metodikk hvor pasienten blir fulgt opp av en jobbspesialist og parallelt får behandling av helsepersonell for de psykiske lidelsene, på en måte som sørger for at oppfølgingen fra begge parter er koordinert. Det innebærer at helsehjelpen bruker arbeidsrettet aktivitet som en integrert del av behandlingsforløpet, og at den arbeidsrettede oppfølgingen tilpasses deltakerens funksjonsevne og utvikling i takt med helsehjelpen.

På oppdrag for Helsedirektoratet gjennomførte FHI en oppsummering av IPS sammenlignet med andre tiltak. Oppsummeringen inkluderte 30 internasjonale studier, hvorav 29 var randomiserte kontrollerte forsøk. Resultatene viste at IPS gir en betydelig økning i sannsynligheten for å komme i vanlig arbeid, men at effektene på varigheten av vanlig arbeid, inntekt og livskvalitet var mer beskjedne eller ikke-eksisterende (Helsedirektoratet, 2023).

Inngangskriteriet for å delta i IPS er at pasienten må være i behandling i spesialisthelsetjenesten. Det kan være lange ventelister for å få behandling for psykiske lidelser i spesialisthelsetjenesten, og de mest alvorlige tilfellene prioriteres. Det er derfor kun et fåtall av personer med psykiske utfordringer som når vilkårene for behandling i spesialisttjenesten, og dermed er det også en liten andel som kvalifiserer for IPS.

4.3 Virkemidler i regi av NAV

I tillegg til arbeidsgiver og helsetjenesten har også NAV en sentral rolle i oppfølgingen av personer som

mottar helserelaterte trygdeytelser. Utover å sikre forvaltningen av trygdeordningene, skal NAV bistå med arbeidsrettet oppfølging og bidra til en effektiv samhandling mellom de ulike aktørene som er involvert.

Det er en generell utfordring at NAV kommer sent inn med arbeidsrettede tiltak, og at NAV-kontorene i liten grad har ressurser til aktiv arbeidsrettet oppfølging. NAV har få ressurser til oppfølging av sykmeldte, i tråd med at arbeidsgiver har hovedansvaret for oppfølgingen av sykmeldte, og setter i praksis først inn et apparat med tiltak for arbeidsrettet oppfølging etter overgang til AAP. Det er imidlertid også begrensede ressurser til oppfølging av AAP-mottakere, og også blant disse kan det synes som at mange får lite oppfølging (Sintef, 2015).

4.3.1 NAVs oppfølging av sykmeldte

NAVs oppfølging av sykmeldte innebærer flere såkalte stoppunkter, fastsatt i lovverket, herunder vurdering av aktivitetskravet ved uke 8 og dialogmøte innen uke 26. Utover dette kan NAV tilby arbeidsrettede tiltak for sykmeldte som har behov for det, men det brukes sjeldent. Utfordringen for NAV er at de har begrensede ressurser til oppfølging av sykmeldte, samtidig som det til enhver tid er et svært høyt antall sykmeldte som NAV må vurdere for de nevnte lovpålagte stoppunktene. Det innebærer at få sykmeldte får arbeidsrettet oppfølging utover stoppunktene.

Vurdering av aktivitetskravet

Det første stoppunktet er vurderingen av hvorvidt den sykmeldte oppfyller det såkalte aktivitetskravet, 8 uker ut i sykefraværsforløpet. Aktivitetskravet innebærer at den sykmeldte skal ha testet ut arbeidsrettet aktivitet, ofte gjennom tilrettelegging på arbeidsplassen. I tilfeller der arbeidsgiver anser det som utfordrende å finne gode muligheter for tilrettelegging, kan NAV bistå arbeidsgiver med å finne løsninger. Ved åtte-ukers-stoppunktet skal NAV også vurdere om det er behov for mer arbeidsrettet oppfølging fra NAV (NOU 2021:2).

Aktivitetskravet har flere formål. Foruten å sikre sykepengenes legitimitet kan plikten også motvirke passivitet og insentivere til arbeid. I 2013 avdekket imidlertid SINTEF at NAV i liten grad fulgte opp aktivitetskravet (Ose, et al., 2013). Dette resulterte i at NAV økte innsatsen på området og styrket håndhevingen av aktivitetskravet for sykmeldte (NOU 2019:7). Undersøkelser gjort av effektene av en strengere praktisering av aktivitetskravet ved uke åtte viser at denne har hatt positiv effekt og bidratt til å redusere sykefraværet (Kann, Lima, & Kristoffersen, 2014; Lima, Kann, & Brage, 2017; Becken, 2016).

Dialogmøte

Det andre stoppunktet er ved Dialogmøte 2, som skal gjennomføres i regi av NAV innen uke 26 av sykefraværsløpet. I dette møtet deltar NAV, arbeidsgiver, den sykmeldte og eventuelt sykmelder eller annet helsepersonell. Formålet med dialogmøtet er å sikre en felles forståelse av den sykmeldtes utfordringer, samt å utarbeide en plan for videre oppfølging og tilbakeføring til arbeid.

Den tilgjengelige forskningen på effekter av dialogmøte 2 gir tvetydige svar. I en studie fra 2017 konkluderte forskere med at dialogmøte 2 hadde en positiv effekt på retur til arbeid, og at halvparten av effekten kunne tilskrives innkallingen til møtet alene (Markussen, Røed, & Schreiner, 2017). Da studien ble fulgt opp med et randomisert kontrollert eksperiment, fant forskere imidlertid ingen effekt av dialogmøtet (Alpino, Karen, Kotsadam, & Markussen, 2022). Siden resultatene av dialogmøte 2 fremstår noe tvetydige og ressursbruken på disse er omfattende, har NAV gjennomført færre dialogmøter de siste årene. Nedgangen i dialogmøtene begynte før pandemien.

I 2018 utviklet NAV en møtebehovstjeneste der arbeidsgiver og den sykmeldte melder inn om de har behov for dialogmøte 2 med eventuell begrunnelse. Tjenesten skal bistå NAV-veilederen i vurderingen av hvilke sykmeldte som vil ha størst utbytte av dialogmøtet. På oppdrag for NAV gjennomførte Oslo Economics en kvalitativ studie av hvordan møtebehovstjenesten påvirker veiledernes avgjørelse til å kalle inn til dialogmøte 2. Studien finner at dialogmøtene oppleves som mer konstruktive, fordi man unngår å kalle inn til møter i situasjoner hvor det åpenbart ikke er hensiktsmessig å gjennomføre møter, for eksempel dersom den sykmeldte uansett er på vei tilbake til arbeid, der partene har en plan for tilbakeføring, eller der videre tiltak uansett må avvente pågående medisinsk behandling (Oslo Economics, 2022).

En videre undersøkelse av effektene til møtebehovstjenesten ble gjennomført av Myhre og Lima (2022). De fant at andelen langtidssykmeldte som gjennomførte dialogmøte 2 gikk ned i perioden etter innføringen av tjenesten. Nedgangen kunne imidlertid også ha vært på grunn av styringssignaler om at dialogmøte 2 ikke skulle prioriteres i like stor grad som tidligere. Resultatene de fant om nedgangen i antallet dialogmøters effekt på sykefraværsvirighet var usikre, men de konkluderer at de med stor sannsynlighet kan utelukke at den gjennomsnittlige sykefraværsvirigheten hadde steget. De anså det heller som mer sannsynlig at nedgangen i andelen gjennomførte dialogmøter hadde bidratt til økt friskmelding og redusert sykmeldingsgrad (Myhre & Lima, 2022).

Arbeidsrettede tiltak for sykmeldte

NAV tilbyr arbeidsrettede tiltak, men dette brukes sjeldent for sykmeldte. Om lag 2 prosent av sykemeldte er på NAV-tiltak per måned. Avklaring, kortvarige arbeidsrettede kurs, oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering er tiltakene som oftest benyttes for sykemeldte. I tillegg er det et lite antall som får tilskudd til gjennomføring av virkemidler på arbeidsplassen (Oslo Economics, 2024).

Avklaringstiltaket driftes av eksterne tiltaksleverandører, som skal kartlegge eller prøve ut den enkeltes arbeidsevne. Tiltaket har i utgangspunktet ikke til hensikt å bedre den enkeltes arbeidsevne, men skal bidra til å identifisere mulige behov og løsninger for den enkelte. Forskning tyder ikke på at avklaringstiltaket bidrar til raskere retur til arbeid (Oslo Economics, 2024).

Oppfølgingstiltak innebærer i hovedsak at deltakeren får oppfølging av eksterne leverandører med kompetanse innen arbeidsrettet oppfølging. Oppfølgingen kan innebære kartlegging av behov og ressurser og bistand til å identifisere relevante tiltak. Forskning tyder på at oppfølgingstiltak har positive effekter på overgang til arbeid, men det er noe mer usikkert om det har positive effekter for personer med nedsatt arbeidsevne (Oslo Economics, 2024).

Kompetansetiltak eller opplæringstiltak kan gis til sykmeldte som har behov for ny kompetanse for å bedre mulighetene for retur til arbeid. Det er generelt positive effekter av kortvarige opplæringstiltak for NAV-brukere (Oslo Economics, 2024). En nylig evaluering viser til at kortvarige opplæringstiltak kan være nyttig for sykmeldte som ikke har helse til å fortsette i sitt opprinnelige arbeid, men at det er få som er i målgruppen for dette (Oslo Economics, 2024).

NAV tilbyr også arbeidsrettet rehabilitering, utenom helsetjenestens tilbud (se omtale i kapittel 4.2.2). Forskning har imidlertid ikke påvist positive effekter på retur til arbeid av dette tiltaket i regi av NAV (Oslo Economics, 2024).

NAV har også ulike tilskudd til arbeidsgiver for gjennomføring av tiltak på arbeidsplassen. De har blant annet mulighet til å gi tilskudd til mentor og tilskudd til hjelpemidler på arbeidsplassen. Et relativt nytt tiltak er tilskudd til ekspertbistand, rettet mot personer med lange eller hyppig gjentakende sykefravær. Tilskuddet skal gå til bistand fra en nøytral, ekstern person med kompetanse innen sykefravær og arbeidsmiljø. Det kan være en psykolog, fysioterapeut eller annet, avhengig av behovet i det enkelte tilfellet. Det finnes lite kunnskap om effektene av ekspertbistand, men arbeidsgivere som har benyttet tilskuddsordningen har positive erfaringer med det og vektlegger særlig at eksperten

bidrar til å se nye muligheter og tilfører kompetanse virksomhetene mangler selv (AFI og Proba samfunnsanalyse, 2022).

Senter for jobbmestring

Senter for jobbmestring er et tilbud til personer med angst eller depresjon og består av jobbmestrende veiledning basert på arbeidsrettet kognitiv terapi (NAV, 2024). Hensikten er å hjelpe deltakere med å mestre symptomene slik at de kan bli værende i jobb eller komme i jobb. Tilbudet finnes kun i enkelte fylker, og drives i regi av NAV.

I et randomisert kontrollert eksperiment ble effekten av å få oppfølging fra Senter for jobbmestring testet opp mot ordinær oppfølging fra NAV og helsetjenesten. Resultatene viste at en høyere andel var i jobb etter 12 måneder blant de som hadde fått oppfølging fra Senter for jobbmestring, sammenlignet med kontrollgruppen (Uni Helse og Uni Rokkansenteret, 2013).

4.3.2 NAVs oppfølging av AAP-mottakere

Dersom en sykmeldt ansatt ikke returnerer til arbeid innenfor de maksimalt 12 månedene med sykepenger, har arbeidsgiver ikke lenger oppfølgingsansvar. Arbeidsgiver kan også si opp arbeidsforholdet på dette tidspunktet. AAP kan innvilges til personer som har minst 50 prosent nedsatt arbeidsevne grunnet sykdom eller skade. NAV har hovedansvaret for den arbeidsrettede oppfølgingen av AAP-mottakere.

Sannsynligheten for overgang til jobb stiger brått igjen det siste halve året før AAP-perioden utløper. Dette indikerer at AAP-periodens varighet er av stor betydning for hvor lenge AAP-forløpet varer. Vi ser også antydninger til økning i overgangen tilbake til jobb ved 12, 24 og 36 måneders varighet. Dette er hyppig forekommende tidspunkter for oppfølging av denne gruppen. Det indikerer også at hyppige kontaktpunkter med NAV, hvor status og arbeid videre avklares, i seg selv kan bidra til å få AAP-mottakere tilbake i arbeid (Kann, Lima, & Kristoffersen, 2014).

Aktiviteter og behandling for AAP-mottakere

Det stilles krav til AAP-mottakere om at de, så langt det er mulig, skal delta i aktivitet som skal bidra til å bedre arbeidsevnen. Analyser av tiltaksbruk blant AAP-mottakere viser at de fleste stort sett er i en eller annen aktivitet. Til enhver tid er 20 prosent helt passive, 25 prosent deltar på arbeidsmarkedstiltak, og de resterende deltar på medisinsk behandling, i ordinært arbeid (deltid) eller en kombinasjon av disse (Galaasen, et al., 2017). Det er altså langt høyere bruk av arbeidsrettede tiltak fra NAV blant AAP-mottakere, sammenlignet med sykmeldte.

I det første året av AAP-forløpet er medisinsk behandling den hyppigste aktiviteten, mens arbeidsmarkedstiltak forekommer oftere lenger ut i forløpet. Sannsynligheten for aktivitet øker med varigheten av AAP-forløpet (Bragstad, 2017).

Arbeidsrettede tiltak for AAP-mottakere

De arbeidsrettede tiltakene som tilbys til AAP-mottakere er i hovedsak de samme tiltakene som kan tilbys sykmeldte. I tillegg til tiltakene som er nevnt over (under omtalen av NAVs arbeidsrettede tiltak for sykmeldte), deltar AAP-mottakere i Arbeidsforbedrende trening (AFT) og arbeidstrening, samt IPS (se omtale i kapittel 4.2.4). AFT er et langvarig tiltak, opp mot et år, som kan inkludere både kartlegging, individuell oppfølging, opplæring og arbeidstrening. Effektevalueringer av AFT tyder på at alternative tiltak er mer effektive for å understøtte retur til arbeid, men kunnskapsgrunnlaget er usikkert (Frischsenteret og Proba samfunnsanalyse, 2023; Oslo Economics, 2024). Arbeidstrening er et annet, og i utgangspunktet mer tidsavgrenset tiltak, som innebærer at deltakeren får opplæring og utfører arbeidsoppgaver på en vanlig arbeidsplass, uten lønn, med formål å prøve ut og øke mulighetene for ordinært arbeid. Effektevalueringer av arbeidstrening tyder på at tiltaket har positiv effekt på overgang til arbeid, men også denne kunnskapen er usikker (Oslo Economics, 2024; Oslo Economics, 2024).

4.3.3 Pågående prosess for tidligere oppfølging fra NAV

NAV har historisk brukt betydelige ressurser til å følge opp sykmeldte gjennom de fastsatte stoppunktene, herunder vurderingen av aktivitetskravet. Konsekvensen av en slik strategi er at mye ressurser brukes til å følge opp personer som kommer tilbake til arbeid uavhengig av NAVs oppfølging, og få ressurser er tilgjengelig for tidlig oppfølging av sykmeldte med risiko for langvarig frafall fra arbeidslivet. På bakgrunn av disse utfordringene har Arbeids- og inkluderingsdepartementet, i samråd med NAV og partene i arbeidslivet, igangsatt et større arbeid med å forbedre sykefraværsoppfølgingen. Målet med arbeidet er å sikre at sykefraværsoppfølgingen bidrar til rask tilbakeføring til arbeid, og gjennom dette hindre frafall fra arbeidslivet og overgang til mer varige helserelaterte ytelser (Prop. 1 S (2023–2024)).

For å sikre at NAV utnytter ressursene effektivt er det nødvendig å tidligere identifisere personer som står i fare for å bli langtidssykmeldte, og som derfor har behov for tettere oppfølging fra NAV. På grunn av et høyt volum av sykmeldte er det imidlertid krevende for NAV å kartlegge hvem som har behov for oppfølging fra NAV på et tidlig tidspunkt i sykepengeforløpet.

Vest-Viken er det NAV-fylket som har tatt størst grep for å behovsrette sykefraværsoppfølgingen. En evaluering av deres modell viser lovende resultater. De sykmeldte opplevde det i stor grad som positivt å bli kontaktet tidlig. Det er imidlertid usikkert hvilke effekter Vest Viken-modellen har for de sykmeldtes sannsynlighet for retur til arbeid. (Oxford Research & NORCE, 2023).

Ett av elementene i Vest-Vikens modell er et brev som sendes fra veileder til den sykmeldte etter 8 uker sykefravær. I dette brevet stiller NAV blant annet spørsmål om forventninger til sykefraværet og arbeid, herunder hvordan arbeidstaker vurderer sannsynligheten til å komme tilbake til sin nåværende arbeidsgiver, forholdet til arbeidsgiver og forventet varighet på sykmeldingen. Formålet med slike spørsmål er todelt. For det første kan svarene bidra til å identifisere sykmeldte som trenger tettere oppfølging. Eksempelvis blir sykmeldte som rapporterer om lave eller usikre jobbforventninger eller langvarig forventet sykefravær prioritert for ytterligere kartlegging og oppfølging. For det andre kan brevet i seg selv sette i gang en prosess hvor den sykmeldte reflekterer over sin egen situasjon og mulige løsninger.

Ved å prioritere tidlig oppfølging av personer som identifiseres med et særlig behov for bistand fra NAV, kan NAV samtidig måtte nedprioritere aktiviteter for å kontrollere at det store volumet sykmeldte tilfredsstillende inngangsvilkårene for sykepenger. Disse aktivitetene bidrar også trolig til å redusere sykefraværet i enkelte grupper. Det er derfor ikke gitt at en vridning av NAVs ressurser mot tidlig oppfølging av utvalgte grupper reduserer samlet sykefravær.

4.4 Oppsummering

Hva virker for å forebygge sykdom på arbeidsplassene?

Arbeidsgivere har et ansvar, nedfelt i arbeidsmiljøloven, for å forebygge sykefravær. Ansvaret innebærer at arbeidsgivere jobber systematisk med både det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet.

Faktorer som bidrar til å skape et godt arbeidsmiljø inkluderer balanse mellom krav og innflytelse, forventningsavklaringer, tilbakemeldinger og anerkjennelse, forutsigbarhet og inkluderende endringsprosesser samt åpenhet og respekt. Det er viktig at ledere legger til rette for god dialog og medvirkning, slik at ansatte opplever mestring og at arbeidsoppgavene oppleves meningsfylte.

Forskningen på sammenhengen mellom psykososiale arbeidsmiljøtiltak og sykefravær konkluderer med at systematisk arbeid over tid, med stor grad av

involvering, er et viktig suksesskriterium for at tiltakene skal ha effekt. Dette skyldes at involvering av arbeidstakere i arbeidet bidrar til at de ansatte ansvarliggjøres og får eierskap til prosessen.

Det finnes noe usikkerhet om hvor effektivt forebyggende tiltak kan forventes å være for å redusere sykefraværet, men de tiltakene som framstår mest effektive er de som adresserer arbeidsmiljøutfordringene i virksomheten.

Hva virker for å få personer på helsesrelaterte trygdeytelser i arbeid?

Det er generelt lite kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive for å bidra til overgang til arbeid for ulike grupper med helsesrelaterte utfordringer. Hvilke tiltak som kan forventes å virke best avhenger av den enkeltes symptombilde. I en del tilfeller hvor sykefraværet skyldes rene somatiske skader, kan rask tilgang til tradisjonell medisinsk behandling åpenbart fremme retur til arbeid i noen tilfeller (beinbrudd, o.l.). Når det gjelder sykmeldte med diffuse og sammensatte plager, herunder en del grupper med muskel- og skjelettplager eller psykiske lidelser, tyder forskningen på at de har behov for et helhetlig behandlingsfokus. Et slikt behandlingsløp bør ha et parallelt fokus på arbeidsrettet og helserettet oppfølging.

Enkeltstudier tyder på at samtalebaseret oppfølging, individuelt eller i grupper, med et helhetlig fokus på fysiske og mentale utfordringer og mestringsstrategier, kan bidra til økt arbeidsdeltakelse blant personer med diffuse og sammensatte plager. Hvilken innretning slike tiltak bør ha, avhenger trolig av symptombildet. Personer med psykiske plager bør trolig få noe oppfølging innen individuell atferdsterapi, men det er også godt dokumentert at arbeid, eventuelt i kombinasjon med slik helsehjelp, i seg selv er helsefremmende for mange med psykiske plager. Arbeid bør derfor trolig være en del av behandlingen i slike tilfeller. Samtidig kan en pause fra arbeidslivet være god medisin for sykmeldte som er utbrent eller overbelastet av ulike årsaker. I tilfeller hvor sykmeldingen skyldes konflikter på arbeidsplassen eller andre utfordringer i livet, bør behandlingen rettes mot disse utfordringene, og ikke helseplagene isolert sett.

For å vite hvilke type oppfølgingstiltak som fungerer best for den enkelte, må man ta utgangspunkt i de underliggende årsakene til den enkeltes plager og hva den enkelte har av ressurser og muligheter som kan bedre arbeidsevnen. Kunnskapsgrunnlaget tyder på at det er avgjørende at den sykmeldte selv tar hovedrollen i en slik kartlegging, for å selv ta eierskap til egen prosess. Avklaring av årsaker og muligheter kan være det første steget på veien til å identifisere

konkrete løsninger for å redusere eller håndtere belastningen for den enkelte. Dersom den sykmeldte selv tar eierskap til prosessen, vil det også kunne understøtte den enkeltes motivasjon og mestring i prosessen for å returnere til arbeid.

Mange har behov for støtte i denne prosessen. Et tilbud med samtalebaseret, arbeidsrettet oppfølging fra personer med kompetanse innen dette feltet, fremstår dermed som et enkelttiltak som vil være relevant for mange i den store gruppen sykmeldte med diffuse og sammensatte plager. I noen tilfeller vil slik samtalebaseret oppfølging være tilstrekkelig. I andre tilfeller vil det være behov for å koble på andre deler av helsetjenesten eller arbeidsrettede tjenester.

Hva mangler i dagens virkemiddelapparat?

Det synes å være bred enighet om at det mangler effektive virkemidler for å fremme retur til arbeid, særlig for sykmeldte. Kunnskapsgrunnlaget tyder på at sannsynligheten for å lykkes med arbeidsrettet oppfølging er høyere jo tidligere man starter. Jo lenger tid den enkelte er ute av arbeidslivet, desto vanskeligere vil det ofte være å komme tilbake. Særlig har en del psykiske helseplager en tendens til å forsterkes av fravær fra arbeid.

Det er derfor en utfordring at arbeidsrettet oppfølging fra NAV i hovedsak først iverksettes i etterkant av sykepengeåret. Ettersom arbeidsgiver har hovedansvaret for oppfølging av sykmeldte, har NAV først og fremst en kontrollfunksjon i oppfølgingen av sykmeldte. I de fleste tilfeller er det først ved overgang til AAP at NAV kommer inn med individuell oppfølging og arbeidsrettede tiltak.

Arbeidsgivere har på den annen side begrenset tilgang til effektive virkemidler for sykmeldte. Det gjelder særlig i tilfeller hvor den sykmeldte er lite

motivert for retur til arbeid. Arbeidsgiver mangler både tilgang på relevant behandling, kompetanse om oppfølging av sykmeldte, og også kunnskap om årsakene til sykefravær dersom den sykmeldte ikke selv oppgir dette.

Sykmeldte har i mange tilfeller tett dialog med fastlegen. Måten fastlege-tjenesten er innrettet på er en generell utfordring. Fastlegen er portvokter, men gir i liten grad effektiv oppfølging til personer med diffuse og sammensatte plager. Fastlegene kan henvise pasientene videre i helsesystemet, men det mangler effektive tilbud i helsetjenesten med et arbeidsrettet fokus. Det er også en utfordring med lange ventetider på de behandlingstilbudene som finnes.

De store gruppene sykmeldte med diffuse og sammensatte plager får dermed i praksis lite arbeidsrettet hjelp. Behandlingsløpene er ikke koordinerte, til tross for at kunnskapsgrunnlaget understøtter et behov for helhetlige tjenester fra helsetjenesten og NAV. De siste årene er det iverksatt flere prosesser for å utvikle koordinerte tjenester fra helsetjenesten og NAV, men omfanget av slike tiltak er fortsatt begrenset i lys av det høye antallet sykmeldte.

Det store volumet av sykmeldte er en generell utfordring for hele virkemiddelapparatet. Jo tidligere i sykefraværsløpet innsatsen settes inn, desto flere vil omfattes. Det er en betydelig ressursutfordring, gitt knappe ressurser i alle deler av virkemiddelapparatet. Mange sykmeldte vil returnere til arbeid uten spesifikk oppfølging. Derfor er det ikke nødvendigvis formålstjenlig å tilby tidlig oppfølging til alle. Tidlig oppfølging av sykmeldte fordrer at man tidlig i sykefraværsløpet klarer å identifisere hvem som har størst behov, og deretter tilbyr bistand på rett nivå til rett tid.

5. utfordringer og behov blant Storebrands bedriftskunder

Mange av Storebrands bedriftskunder opplever sykefraværet som en betydelig utfordring, og fremhever slitasje på andre ansatte som den mest alvorlige konsekvensen. De fleste bedriftene har en aktiv tilnærming til forebygging og reduksjon av sykefravær, og tiltakene med lavest terskel er mest brukt. Det er stor variasjon i omfanget av arbeidet på tvers av arbeidsgivere, i hovedsak på bakgrunn av ulikt økonomisk handlingsrom. Arbeidsgiverne opplever lange køer i det offentlige helsevesenet, mangel på informasjon om den sykmeldtes behov og utfordringer, manglende dialog med involverte parter og tidkrevende prosedyrer som barrierer for en effektiv sykefraværsoppfølging.

Informasjonsgrunnlag og metode

Kapittelet er basert på informasjon fra en bred spørreundersøkelse rettet mot bedriftskunder med tjenstepensjon hos Storebrand, samt dybdeintervjuer med utvalgte bedrifter som deltar i pilotprosjektet med Helsetjenesten VEL, utviklet av Storebrand (Figur 5-1).

Spørreundersøkelse til bedrifter med tjenstepensjon hos Storebrand

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i mars 2024 av Norstat AS til bedriftskunder med tjenstepensjon hos Storebrand. Undersøkelsen ble sendt til om lag 26 000 bedrifter, hvorav 780 besvarte spørsmålene. Målgruppen for undersøkelsen var HR-/personalsjef,

daglig leder eller tilsvarende. Det er en god spredning i størrelse blant respondentene, målt ved antall ansatte, men med en overvekt av relativt små arbeidsgivere (under 10 ansatte). Utvalget inneholder imidlertid også virksomheter med over 100 ansatte.

Hensikten med spørreundersøkelsen var å kartlegge hvordan norske arbeidsgivere jobber med både forebygging og oppfølging av sykefravær, samt identifisere behov og utfordringer i arbeidet. Resultatene fra spørreundersøkelsen danner grunnlaget for den kvantitative analysen av problemstillingen.

Dybdeintervjuer med utvalgte deltakere i Storebrands pilotprosjekt, Helsetjenesten VEL

I tillegg til spørreundersøkelsen, gjennomførte Oslo Economics, i løpet av april 2024, dybdeintervjuer med 5 utvalgte bedrifter som har deltatt i Storebrands pilotprosjekt VEL. Helsetjenesten VEL gir bedrifter muligheten til å teste en ny helsetjeneste som hjelper sine ansatte å bli værende i, eller å komme raskere tilbake til arbeid i forbindelse med sykdom. Tjenesten har fokus på tidlig innsats i form av kartlegging, koordinering og behandling for å bidra til en raskere og mer effektiv behandlingsprosess for ansatte i deltakerbedriftene. Målet er å bidra til kortere sykefravær og økt trivsel på arbeidsplassen.

Hensikten med dybdeintervjuene var å utfylle de kvantitative analysene fra spørreundersøkelsen med kvalitative vurderinger av arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær hos norske arbeidsgivere. Intervjuobjektene ble oversendt en overordnet temaliste i forkant, og samtalene ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer hvor temaene tilpasses den enkelte respondent.

Figur 5-1: Informasjonskilder



Spørreundersøkelse rettet mot bedrifter

Målgruppe: 26 000 bedriftskunder med tjenstepensjon hos Storebrand

Deltakere: 780 bedrifter

Respondenter: HR-/personalsjef, daglig leder eller tilsvarende i bedrifter med mer enn 1 ansatt

Hensikt: Kartlegge hvordan norske arbeidsgivere jobber med både forebygging og oppfølging av sykefravær, samt identifisere behov og utfordringer i arbeidet



Dybdeintervjuer med arbeidsgivere

Målgruppe: Bedriftskunder som deltar i pilotprosjektet Helsetjenesten VEL, utviklet av Storebrand

Deltakere: 5 bedrifter

Hensikt: Utfylle de kvantitative analysene fra spørreundersøkelsen med kvalitative vurderinger av arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær hos norske arbeidsgivere

5.1 Om Storebrands bedriftskunder

Storebrand har et bredt kundegrunnlag fordelt på alle næringer

Storebrand er en betydelig aktør i tjenestepensjonsmarkedet og hadde, per 2022, i overkant av 350 000 kunder tilknyttet sin kollektive uførepensjon. Figur 5-2 viser fordelingen av kundene på ulike næringer, samt andelen uføre, ut fra næringstilknytningen til arbeidsgiver. En person regnes i dette tilfellet som ufør når hen mottar enten arbeidsavklaringspenger eller uføretrygd. Ved slike vedtak starter utbetalingene fra Storebrands kollektive uførepensjon.

De blå søylene i Figur 5-2 viser andel forsikrede ansatte, etter bransje. De viser at Storebrands kunder representerer et bredt utvalg av næringer, men at enkelte næringer er mer representert enn andre. Den største næringen er varehandel, som står for om lag 20 prosent av kundene. Videre følger helse- og sosialtjenester og industri med henholdsvis 13 og 12 prosent av kundene. Om lag 10 prosent av kundene arbeider innenfor transport og lagring, og 8 prosent jobber innenfor bygge- og anleggsvirksomhet. Kundene tilhører i hovedsak privat sektor, men det er også enkelte innslag av offentlig sektor.

Omfanget av uførhet varierer på tvers av næringer

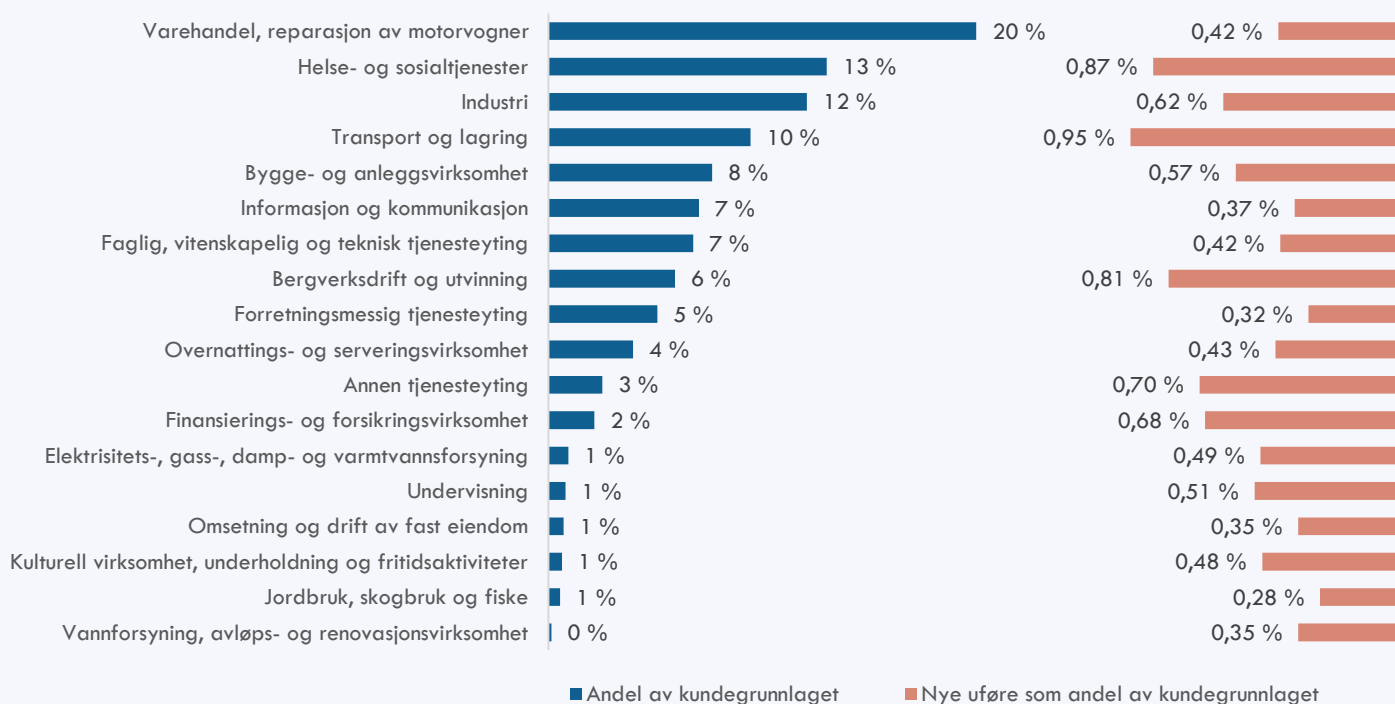
De oransje søylene i Figur 5-2 viser nye uføre som andel av alle forsikrede ansatte innenfor en gitt næring. Årgangen settes her ut fra første sykmeldingsdato. Det vil si at figuren viser nye uføre som ble sykmeldt i 2022, og dermed trolig startet å motta AAP i 2023. De tre næringene med høyest andel som mottar uføreutbetalinger fra Storebrand er transport og lagring (0,95 prosent), helse- og sosialtjenester (0,87 prosent) og bergverksdrift og utvinning (0,81 prosent).

Storebrand opplever en økning i andelen uføre blant yngre arbeidstakere

Figur 5-3 viser andelen nye uføre, målt som antall nye uføre som andel av kundene med kollektiv uførepensjon hos Storebrand, fordelt på ulike aldersgrupper. Andelen uføre øker med alder, og er 0,17 prosent hos dem under 30 år og 1,09 prosent for dem over 50 år.

Dersom vi ser på utviklingen i andelen uføre over tid, tegner det seg imidlertid et bilde av en særlig økning blant de yngre aldersgruppene. Figur 5-4 viser utviklingen i andelen uføre fra 2009 til 2022 etter aldersgruppe. For den yngste aldersgruppen, personer under 30 år, har det vært en betydelig økning i andelen uføre de siste årene. I perioden fra

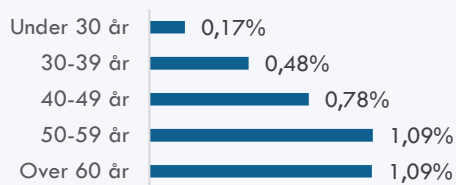
Figur 5-2: Storebrands kunder med kollektiv uførepensjon: andelen forsikrede ansatte og nye uføre, fordelt på næringer (2022)



Kilde: Storebrand.

Note: Figuren viser antall personer som har kollektiv uførepensjon hos Storebrand gjennom sin arbeidsgiver med tilhørende uførefrekvens, fordelt på næringer. Uførefrekvensen er beregnet som antall nye uføre som andel av kunder som har kollektiv uførepensjon hos Storebrand gjennom sin arbeidsgiver. Årgangen settes ut fra første sykmeldingsdato, i dette tilfellet 2022. Kollektiv uførepensjon utbetales når en arbeidstaker enten mottar AAP eller uføretrygd. N = 357 507.

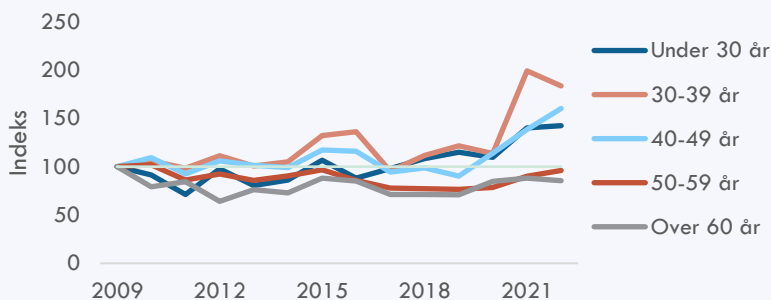
Figur 5-3: Andel nye uføre blant Storebrands kunder med kollektiv uførepensjon, fordelt på alder (2022)



Kilde: Storebrand.

Note: Uførefrekvensen er beregnet som antall nye uføre som andel av kunder som har kollektiv uførepensjon hos Storebrand gjennom sin arbeidsgiver.

Figur 5-4: Utvikling i andelen nye uføre for ulike aldersgrupper



Kilde: Storebrand.

Note: Figuren viser utviklingen i andelen nye uføre, indeksert til 100 i 2009.

2017 til 2022 vokste andelen med 45 prosent. Denne utviklingen må ses i sammenheng med koronapandemien som brøt ut i 2020, men bildet viser likevel en oppadgående trend som startet før pandemien.

For personer mellom 30 og 39 år var andelen uføre tilnærmet uendret i perioden mellom 2009 og 2014. Deretter økte den med om lag 30 prosent i 2015, før den igjen sank tilbake til 2009-nivå i 2017. Aldersgruppen hadde en betydelig økning i uførhet i 2021, opp 75 prosent fra 2020, før den avtok noe i 2022. Sammenlignet med 2009 var andelen uføre i denne aldersgruppen 85 prosent høyere i 2022. Også for personer mellom 40 og 49 år viser tallene en økning de siste årene, særlig fra 2019. For eldre arbeidstakere (over 50 år) er andelen uføre relativt stabil, og lavere i 2022 enn i 2009, på tross av noe økning siden 2020.

Det er verdt å merke seg at tallene over representerer innstrømming til uførhet, og dermed ikke hensyntar eventuelle tilbakeføringer til arbeid. Det er naturlig å anta at en del personer, særlig blant de yngre gruppene, vil komme tilbake til arbeid og slutte å motta ytelser igjen. Tallene viser imidlertid likevel en økt risiko for at yngre personer faller ut av arbeidsmarkedet.

5.2 Utfordringer og mulige virkemidler fra bedriftenes perspektiv

Sykefraværet ligger i snitt på om lag 5,5 prosent og er relativt likt fordelt ut fra virksomhetenes størrelse

Figur 5-5 viser fordelingen av sykefravær på tvers av de 780 respondentene i spørreundersøkelsen. I gjennomsnitt oppgir bedriftene et sykefravær på 5,5 prosent. I underkant av 20 prosent oppgir at de for tiden ikke har noe fravær. Om lag 16 prosent oppgir at de har et sykefravær på over 10 prosent, og 5 prosent oppgir over 20 prosent sykefravær. Det er relativt små, og ikke statistisk signifikante, forskjeller i sykefraværprosenten mellom bedrifter av ulik størrelse.

Det er store forskjeller i fordelingen av korttids- og langtidsfravær på tvers av bedriftene

Bedriftene er svært delte når det kommer til fordelingen av korttids- og langtidsfravær (Figur 5-6). Spørreundersøkelsen definerte korttidsfravær som fravær opp til noen få uker. 44 prosent oppgir at korttidsfraværet dominerer, mens andelen som oppgir langtidsfraværet som dominerende er 47 prosent. 7 prosent oppgir at sykefraværet fordeler seg likt på korttids- og langtidsfravær. Det er særlig bedriftene med høyt sykefravær som oppgir at langtidsfraværet dominerer.

De fleste bedriftene har et aktivt forhold til forebygging og reduksjon av sykefravær

I spørreundersøkelsen oppgir de fleste informantene at bedriften har et aktivt forhold til forebygging og reduksjon av sykefravær (Figur 5-7). En av tre bedrifter oppgir å ha en egen tiltaksplan/strategi for dette arbeidet, mens for i underkant av halvparten inngår arbeidet i andre strategier og planer. 20 prosent oppgir at de ikke har en slik strategi eller rutiner.

Dersom vi ser på fordelingen av svar på tvers av bedriftens størrelse, er det i hovedsak de store bedriftene (100 ansatte eller mer) som oppgir å ha en egen tiltaksplan/strategi for å forebygge og redusere sykefravær. I denne gruppen oppgir hele 69 prosent at de har en slik plan, sammenlignet med 36 prosent blant mellomstore bedrifter (mellom 10 og 99 ansatte).

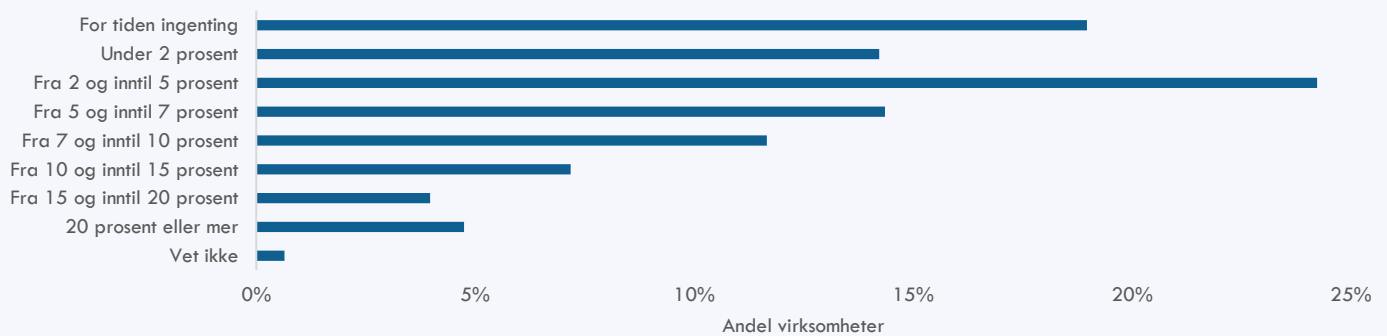
Videre viser svarene at det særlig er bedriftene som har et høyt sykefravær som har en egen tiltaksplan/strategi for å forebygge og redusere fraværet. Blant dem som svarer at de har en slik strategi er gjennomsnittlig sykefraværprosent 6,2 prosent. Til sammenligning er den gjennomsnittlige sykefraværprosenten blant bedriftene som oppgir at tematikken inngår i andre strategier og planer eller ikke eksisterer i det hele tatt henholdsvis 5,5 og 4,6 prosent.

Det er betydelig variasjon i hvorvidt bedrifter opplever sykefraværet som problematisk

På spørsmål om i hvilken grad bedriften opplever dagens nivå av sykefravær som problematisk, med tanke på eksempelvis bemanningssituasjon, økonomi og den daglige driften, oppgir 45 prosent at dette enten i ganske stor grad eller i meget stor grad er tilfellet (Figur 5-8).

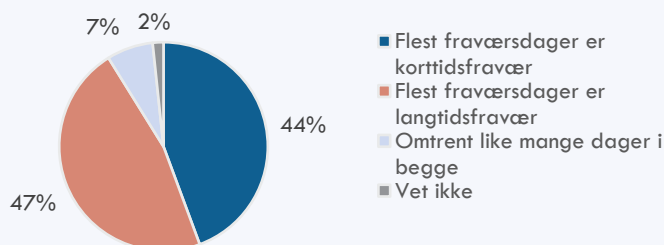
Blant bedrifter med høyest sykefravær opplever sykefraværet gjennomgående som mer utfordrende. Blant bedriftene som rapporterer om et sykefravær på over 10 prosent, oppgir 90 prosent at sykefraværet i ganske stor grad eller meget stor grad er problematisk. For bedriftene med mellom 5 og 10 prosent sykefravær, er fordelingen noenlunde lik fordelingen for alle bedriftene samlet.

Figur 5-5: I prosent, omtrent hvor stort er sykefraværet i bedriften på nåværende tidspunkt?



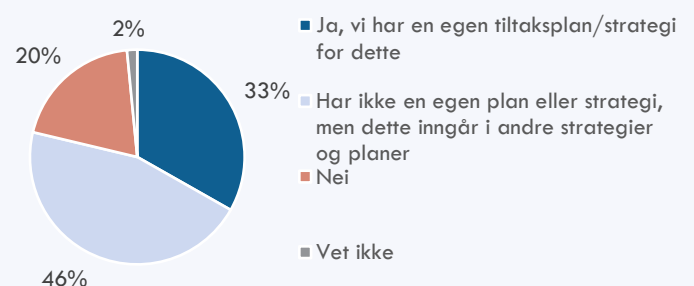
Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Figur 5-6: Tenk på det samlede sykefraværet i bedriften de siste 12 månedene i totalt antall dager. Omtrent hvordan fordeler sykefraværet i bedriften seg på hhv. korttidsfravær og langtidsfravær?



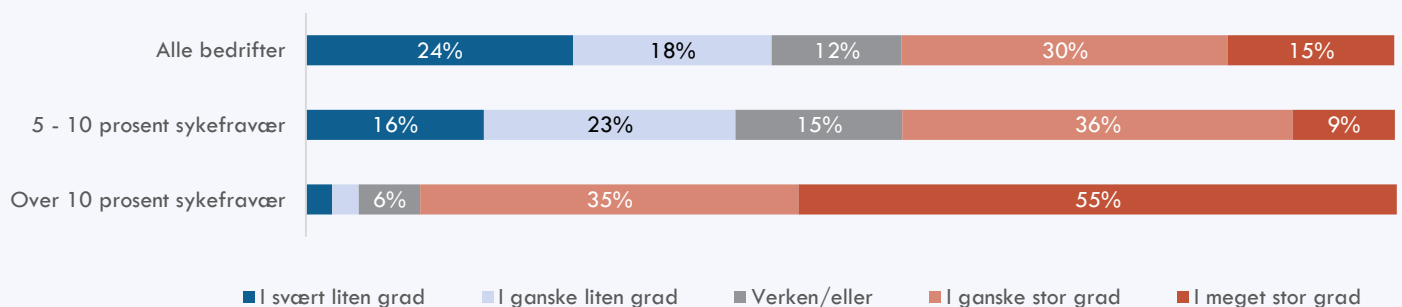
Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Figur 5-7: Har bedriften utarbeidet en strategi eller rutiner for å forebygge og redusere sykefravær blant de ansatte?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Figur 5-8: I hvilken grad opplever bedriften dagens nivå på sykefravær som problematisk med tanke på f.eks. bemanningssituasjon, økonomi og den daglige driften?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Langtidsfravær trekkes frem som en av de tre viktigste utfordringene blant 30 prosent av bedriftene, men andre problemstillinger oppleves viktigere

Bedrifter møter en rekke utfordringer, hvor sykefraværet er en av dem. Figur 5-9 oppsummerer hvilke utfordringer og problemstillinger (av en liste på 9 punkter) bedrifter opplever som viktigst og mest relevant for sin bedrift. Sykefraværet inndeles etter henholdsvis korttids- og langtidsfravær.

Langtidsfravær løftes frem som den viktigste utfordringen blant 10 prosent av respondentene. Det samme gjelder for korttidsfravær. Dersom vi ser på den samlede andelen som rangerer sykefraværet som en av de tre viktigste utfordringene, oppgir 30 prosent langtidsfravær, mens 35 prosent oppgir korttidsfravær. Samlet sett fremstår derfor korttidsfraværet moderat viktigere. Overordnet fremstår sykefravær som en større utfordring for bedriftene enn digitalisering og automatisering, nye krav knyttet til bærekraft og miljø, tilpasning til nye forretningsmodeller og nye konkurrenter.

Bedriftene vurderer imidlertid andre problemstillinger som viktigere og mer relevant. Problemstillingen som løftes frem av klart flest respondenter er sikring av inntekter og kunder for bedriften. Dette arbeidet oppgis som en av de tre viktigste av 64 prosent av respondentene, og 36 prosent rangerer det som det aller viktigste. Videre løftes rekruttering av ny kompetanse, samt å beholde ansatte med kritisk kompetanse for bedriften, frem som en av de tre viktigste problemstillingene av henholdsvis 53 og 36 prosent av bedriftene.

Utfordringene listet opp i figuren er imidlertid ikke helt isolerte, men henger til en viss grad sammen og

påvirker hverandre. Det er også naturlig å tenke seg at bedrifter som i større grad rammes av høyt fravær vurderer sykefraværet som en mer relevant problemstilling for virksomheten. I tråd med dette finner vi at rangeringen henger sammen med sykefraværsprosenten i bedriften. Blant bedrifter som har over 10 prosent sykefravær oppgir nesten 1 av 3 respondenter langtidsfravær som den viktigste utfordringen, foran sikring av inntekter og kunder.

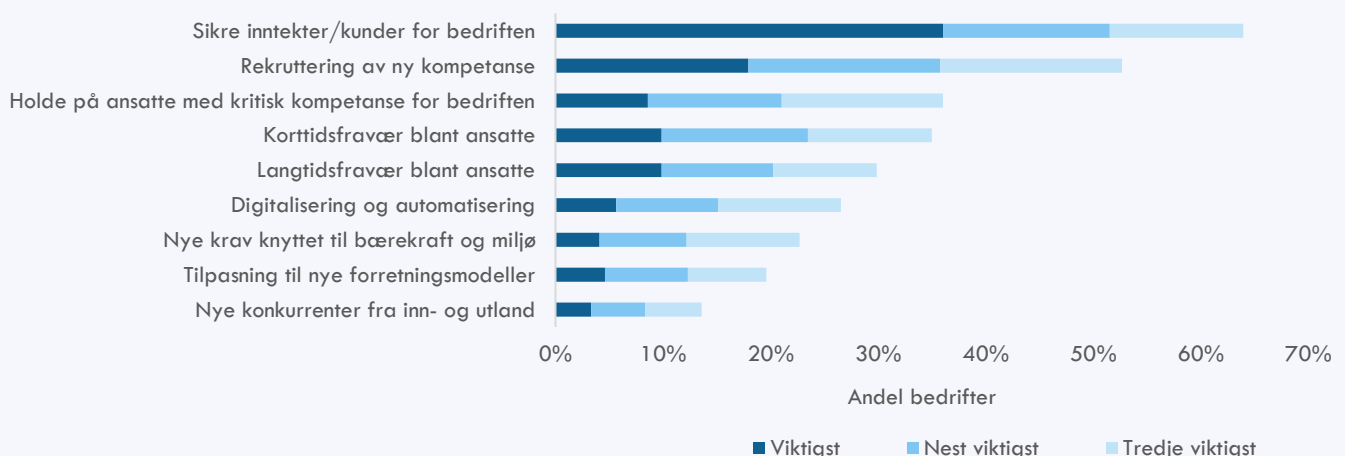
Sykefravær har en rekke konsekvenser for bedrifter, hvor slitasje på andre ansatte er den mest fremtredende

Sykefravær, og langtidssykemeldinger, medfører ulike utfordringer for bedriftene, herunder slitasje på ansatte, nedsatt produktivitet, vikarbehov og administrasjonskostnader. Blant respondentene i spørreundersøkelsen trekker om lag 2 av 3 frem slitasje på de andre ansatte som en av de største utfordringene knyttet til sykefravær og langtidssykemeldinger (Figur 5-10).

I dybdeintervjuene vi har gjennomført utdypes denne mekanismen. På arbeidsplasser hvor tjenesten som leveres er lite skalerbar, eksempelvis i barnehager, innebærer tilrettelegging for enkelte gjerne at arbeidsbelastningen øker for de andre ansatte. Dette vil også gjelde for en rekke andre virksomheter innenfor helse- og omsorgsbransjen.

En av informantene vi har snakket med forteller og at en utfordring ved å tilrettelegge for ansatte med særskilte behov kan være at de øvrige ansatte opplever tilretteleggingen som for omfattende eller urettferdig. Det finnes imidlertid tiltak som kan bidra til å redusere slike utfordringer. Blant annet forteller en av bedriftene at de adresserer denne utfordringen ved å utarbeide lister med mulige

Figur 5-9: Av de følgende 9 utfordringene og problemstillingene, hvilke er de 3 viktigste og mest relevante for din bedrift?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

tilretteleggingstiltak, i samråd med de ansatte. Ved å lage denne listen i fellesskap opplever de at eventuelle tilretteleggingstiltak for personer som står i fare for sykmelding, eller er gradert sykmeldte, er bedre forankret blant de øvrige ansatte. Dette kan bidra til å dempe de negative virkningene av tilrettelegging. I tillegg kan det øke bevisstheten rundt tilretteleggingsmuligheter, både for den sykmeldte og arbeidsgiver.

Videre oppgir om lag 1 av 3 at en av de største utfordringene er redusert produktivitet, redusert kvalitet og service i møte med kundene og utfordringer med å finne vikarer. Slike forhold kan være særlig krevende for virksomheter som er avhengige av å opprettholde en viss bemanning og tilbud, i enkelte tilfeller på grunn av bemanningsnormer. Eksempelvis stilles barnehager ovenfor krav til et visst antall ansatte på jobb gjennom dagen, og manglende tilgang på (kompetente) vikarer kan være et hinder for å opprettholde en stabil bemanning. Eventuell bruk av vikarer bør også ses i sammenheng med utfordringen knyttet til slitasje

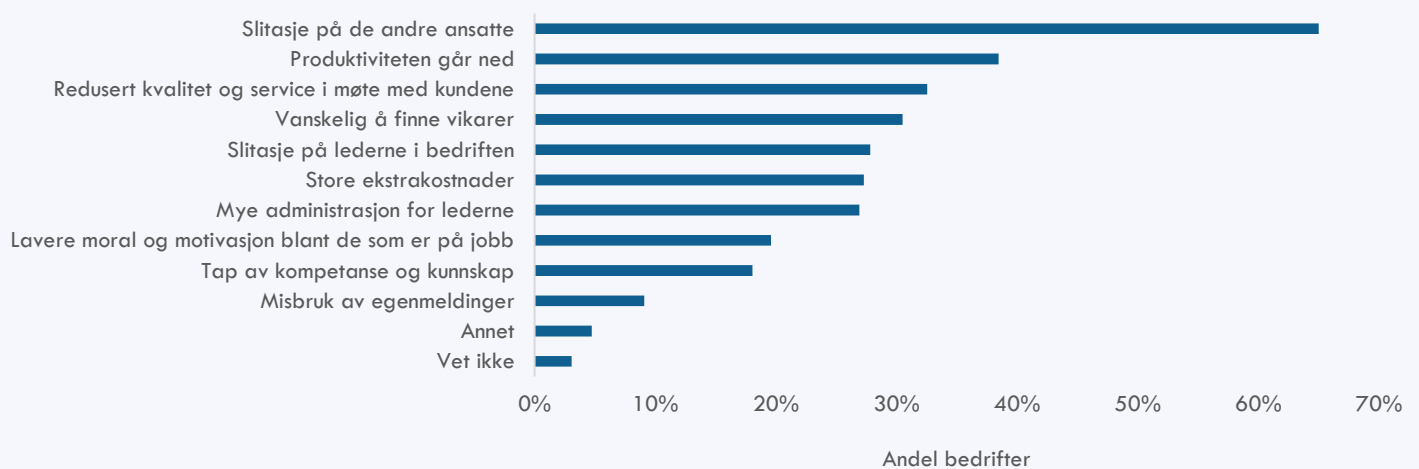
på andre ansatte, da vikarer ofte har mindre erfaring og krever tettere oppfølging av kollegaer.

Arbeidsgivere strekker seg langt i å tilrettelegge for sykmeldte

Som beskrevet i Kapittel 4.1 har arbeidsgiver, gjennom den såkalte tilretteleggingsplikten, ansvar for å finne løsninger og tilrettelegge for at arbeidstakeren skal kunne komme tilbake i jobb. I vårt utvalg svarer imidlertid så mye som 63 prosent av respondentene at de er delvis eller helt enige i at bedriften har få muligheter til å tilrettelegge arbeidsoppgaver for ansatte med sykefravær og helseutfordringer (Figur 5-11). Innenfor rammene bedriften har, svarer imidlertid 86 prosent at bedriften strekker seg langt i slik tilrettelegging.

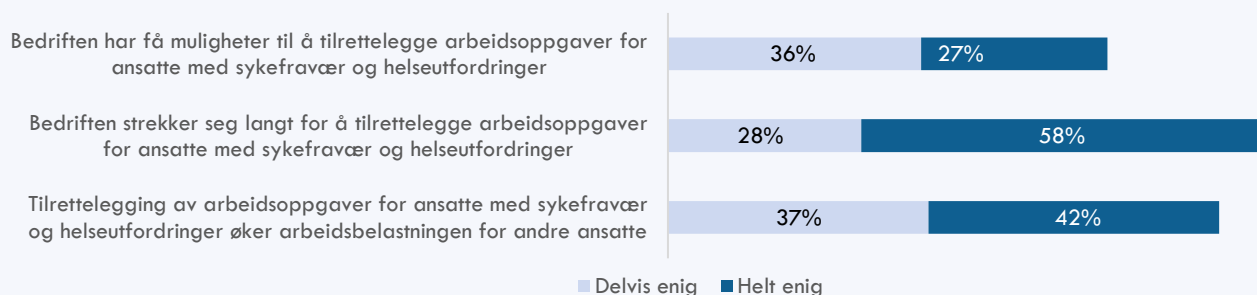
Bedrifter vi har snakket med oppgir at det kan være særlig krevende å tilrettelegge for arbeidstakere med betydelig nedsatt arbeidsevne. Dette går eksempelvis ut på at det kan være vanskelig å finne meningsfulle oppgaver som kan utføres med redusert produktivitet eller arbeidsmengde, samt at en del yrker fordrer kontinuerlig utvikling av ferdigheter og deltakelse i en

Figur 5-10: Hva opplever dere som de største utfordringene knyttet til sykefravær og langtidssykemeldinger i deres bedrift?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Figur 5-11: Andelen bedrifter som er delvis enig eller helt enig i påstander om tilrettelegging



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

rekke aktiviteter. Videre har enkelte yrkesgrupper og bransjer svært begrensede muligheter for alternative arbeidsoppgaver eller arbeidstider. Dette gjelder eksempelvis helse- og sosialtjenester, transport og lignende.

På tross av at tilretteleggingsplikten er relativt omfattende, skal den ikke gå på bekostning av andre arbeidstakers arbeidsforhold. Et interessant funn er derfor at så mye som 79 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen oppgir at tilretteleggingen øker arbeidsbelastningen for andre ansatte. Det kan dermed virke som om det er svært krevende å tilrettelegge uten at arbeidsforholdet til andre arbeidstakere påvirkes.

Bedrifter vi har snakket med forteller at de forsøker å redusere slike utfordringer ved å utarbeide lister med ulike tilretteleggingsmuligheter, i samråd med de ansatte. Et slikt arbeid kan, ifølge arbeidsgiverne, bidra til å forankre tilretteleggingen blant alle ansatte, samt avklare forventninger ovenfor ansatte som har behov for tilrettelegging. I tillegg forteller de at en slik oversikt kan sendes til fastlegen, og dermed bidra til å gi sykmelder verdifull informasjon om hvilke muligheter den ansatte har for å motta tilrettelegging fra arbeidsgiver, og dermed kan legen ta en eventuell beslutning om sykmelding på et bredere grunnlag.

Et flertall av bedriftene mener de har verktøyene og virkemidlene de trenger i sykefraværsoppfølgingen

62 prosent av respondentene i utvalget for spørreundersøkelsen oppgir at bedriften har de verktøyene og virkemidlene de trenger for å følge opp, håndtere og støtte ansatte som er sykmeldte (Figur 5-12). Andelen som opplever å ha verktøyene de trenger er enda høyere (74 prosent) i de største bedriftene (100 ansatte eller mer).

I dybdeintervjuene trekker arbeidsgivere blant annet frem at de bruker bedriftshelsetjenesten i

forebyggingsarbeidet, gjennom rådgivning og kurs for de ansatte. Dette kan eksempelvis omfatte ergoterapeuter som gir råd om gode arbeidsstillinger. I tillegg benyttes bedriftshelsetjenesten til å kartlegge risikobildet, som kan bidra til et mer treffsikkert forebyggingsarbeid.

Tiltakene med lavest terskel er vanligst i forebygging av sykefravær

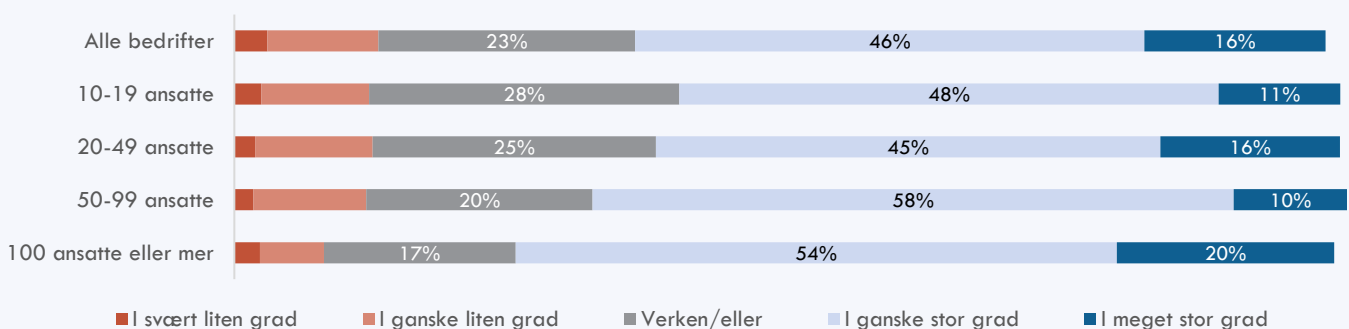
Som beskrevet i Kapittel 4.1 finnes det en rekke virkemidler og tiltak bedrifter kan benytte i arbeidet med å forebygge sykefravær. Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at de enkleste tiltakene, i form av ressursbruk, er de mest brukte.

Figur 5-13 viser andelen respondenter som oppgir ulike tiltak som en del av arbeidet med forebygging av sykefravær. 60 prosent oppgir at de benytter regelmessige samtaler om trivsel, arbeidsmiljø, stress o.l. med de ansatte. Omtrent like mange oppgir at de oppmuntrer til et støttende arbeidsmiljø. På tross av at over halvparten av respondentene benytter disse to virkemidlene, er det likevel noe overraskende at om lag 4 av 10 ikke gjør det. Dette kan imidlertid skyldes at respondentene tolker virkemiddelet ulikt, som alt fra hverdagslige oppdateringer og samtaler til mer systematiske medarbeidersamtaler med en tydelig agenda.

Tiltak som krever mer ressurser, som eksempelvis regelmessig rapportering fra mellomlederne, systematisk opplæring og bevisstgjøring av ledere, identifisering av ansatte som er på vei ut i langtidssykmelding og analyse av sykefraværsstatistikk brukes i mindre grad.

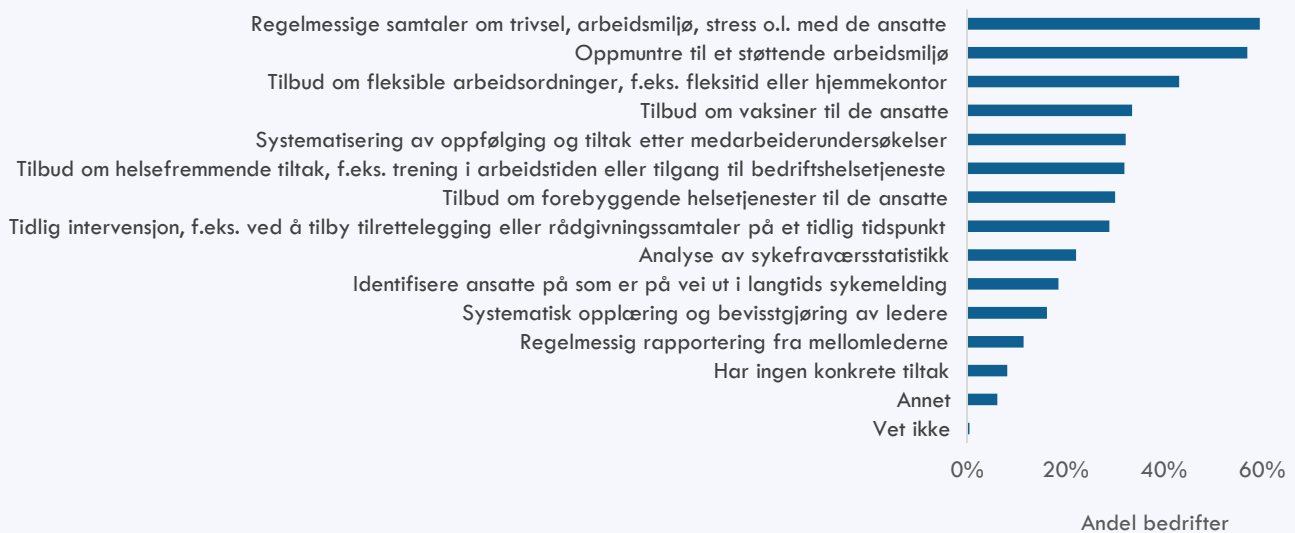
Uavhengig av hvilke virkemidler bedriftene benytter i dag, har vi også bedt dem om å oppgi hvilke de anser som de tre viktigste å ha tilgang til.

Figur 5-12: I hvilken grad opplever du at bedriften har de verktøyene og virkemidlene dere trenger for å følge opp, håndtere og støtte ansatte som er blitt sykemeldt?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Figur 5-13: Hvordan jobber bedriften for å forebygge sykefravær?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

Hovedkonklusjonen er at virkemidlene bedriftene rangerer høyest også er de virkemidlene de i størst grad faktisk benytter. Til en viss grad tyder resultatet på at bedriftene vurderer virkemidlene de ikke benytter som mindre relevante.

Tett dialog og relasjonsbygging løftes frem som viktige tiltak både for forebygging og oppfølging av sykefravær

Bedriftene vi har snakket med vektlegger viktigheten av tett dialog og relasjonsbygging mellom leder og den ansatte. De trekker frem at tillitsbånd kan bidra til at den ansatte i større grad medvirker og gir beskjed om eventuelle utfordringer slik at tilrettelegging eller behandling kan iverksettes tidlig. I tillegg kan gode relasjoner gjøre samtaler om eventuelle utfordringer mer naturlig. Bedriftene vektlegger i intervjuene at de forsøker å fange opp utfordringene tidlig, for å bidra til å forhindre at den ansatte blir sykmeldt. Et annet moment som blir løftet frem er viktigheten av å ha en god dialog med fagforeningene, som kan gi verdifulle innspill om eventuelle utfordringer deres medlemmer opplever.

Løpende monitorering og kartlegging av arbeidsmiljøet og risikofaktorer kan bidra til en effektiv og målrettet forebygging av sykefravær

For å sikre en målrettet innsats mot personer som står i fare for å bli sykmeldt, og dermed redusere risikoen for langvarig frafall, er arbeidsgiver avhengig av et godt informasjonsgrunnlag om risikofaktorer for sykefravær.

Enkelte av bedriftene vi har snakket med løfter blant annet frem medarbeiderundersøkelser, og monitorering av arbeidsmiljøet og eventuelt sykefravær, som nyttige virkemidler både for det

forebyggende arbeidet, og for oppfølgingen av sykmeldte. For små bedrifter, eller avdelinger hvor lederen har personalansvar for få ansatte, kan det være enklere å få oversikt, mens større bedrifter kan ha behov for en mer omfattende rigg.

En av informantene trekker eksempelvis frem at de gjennomfører løpende undersøkelser blant de ansatte og følger sykefraværstatistikken tett for å fange opp risikofaktorer, utviklingstrekk og ansatte som har behov for støtte. En slik praksis kan bidra til at bedriften målretter arbeidet med forebygging og oppfølging slik at man har økt mulighet for å treffe dem som er i faresonen for langvarig sykefravær på et tidlig stadium.

Det er betydelig variasjon i omfanget av arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær, og det økonomiske handlingsrommet er avgjørende

Gjennom dybdeintervjuene har vi avdekket en betydelig variasjon i hvor mye ressurser arbeidsgivere bruker på både forebygging og oppfølging av sykmeldte, og hvilke tiltak de har tilgjengelig. En viktig årsak til variasjonen er det økonomiske handlingsrommet til bedriften. I enkelte bransjer er dette handlingsrommet minimalt. Dette gjelder eksempelvis barnehager som står ovenfor store utfordringer knyttet til både høyt sykefravær og mangel på (kompetent) arbeidskraft. I møte med økte krav til oppfølging av barn med særskilte behov og bemanningsnormer, har denne bransjen relativt lite ressurser å bruke på forebygging av sykefravær.

Ett av virkemidlene som varierer er tilbudet om forebyggende eller rehabiliterende helsetjenester. Slike tjenester kan både gis til ansatte gjennom bedriftsavtaler med ulike behandlere, eller gjennom

helse-/behandlingsforsikring. Mens enkelte bedrifter ikke har et økonomisk handlingsrom som tillater slike tjenester til sine ansatte, har andre et omfattende tilbud. Helsetjenestene omfatter eksempelvis fysioterapi eller annen behandling for muskel- og skjelettplager og psykologhjelp.

Lange køer i det offentlige helsevesenet kan føre til manglende behandling med fokus på retur til arbeid

Gjennom intervjuene har vi identifisert flere utfordringer knyttet til manglende virkemidler i sykefraværsoppfølgingen. En slik utfordring er de lange behandlingssøknadene i det offentlige helsevesenet. Enkelte arbeidsgivere vi har snakket med forteller at fastlegen velger å gi smertestillende og sykmelding i tilfeller med muskel- og skjelettplager, fremfor å sende arbeidstakeren til behandling som fysioterapi og lignende. Dersom den sykmeldte henvises til ytterligere behandling er ofte ventetiden lang, slik at rehabiliteringen kommer sent i gang. Dette gjelder også ved lettere psykiske lidelser, hvor det kan ta svært lang tid å få psykologtime i det offentlige systemet.

Ved muskel- og skjelettplager er normen at man går til fastlegen og får en sykmelding. Ofte får man kun smertestillende og blir bedt om å ta det med ro. Dersom man er heldig blir man henvist til behandling, men der er det ofte lange ventetider.

Arbeidsgiver

I tilfeller hvor det offentlige helsetilbudet oppleves mangelfullt velger noen arbeidsgivere å dekke behandling for sine ansatte i privat regi. Formålet med dette er å sikre rask oppfølging og dermed øke sannsynligheten for kortere sykefravær. Slike ordninger virker å være svært utbredt. Ifølge Finans Norge var omtrent 669 000 norske arbeidstakere dekket av en behandlingsforsikring gjennom arbeidsgiveren sin ved utgangen av 2022, og antallet har økt jevnt de siste årene (Finans Norge, 2023). Utviklingen viser at mange arbeidsgivere ser seg tjent med å finansiere ytterligere behandling utover det det offentlige helsevesenet tilbyr, i form av forsikringsavtaler for sine ansatte. Imidlertid er det, som beskrevet tidligere, en betydelig variasjon på tvers av bransjer og bedrifter, i mulighetsrommet for å tilby slike tjenester. Bedriftene som ikke tilbyr slike tjenester opplever de samme utfordringene i det offentlige helsevesenet og sier i intervjuene at de ønsker seg disse mulighetene, men at det økonomiske handlingsrommet ikke tillater det.

Arbeidsgivers manglende informasjon om den sykmeldtes behov og utfordringer er en barriere for effektiv oppfølging

Videre oppgir arbeidsgivere at det i en del tilfeller kan være krevende å forstå behovene til den sykmeldte. Dette skyldes delvis at man som arbeidsgiver ikke har rett på informasjon om diagnose og sykdomsbilde. Arbeidsgiverne vektlegger imidlertid at de ikke nødvendigvis trenger innsyn i diagnose, men at eventuell tilrettelegging og bistand fra arbeidsgiver fordrer en god dialog med både den sykmeldte, sykmelder og NAV. Enkelte arbeidsgivere løfter frem at en mangelfull dialog og innsyn særlig gjør dialogmøter med NAV krevende og lite konstruktivt.

«Dialogmøter med NAV er et hull i systemet! Særlig når det er diffuse problemer. Man kan ikke snakke om diagnoser, og så går man rundt grøten og spiller skuespill i stedet for å snakke om hva problemet er. Det er mer til hinder enn hjelp for å finne konstruktive løsninger.»

Arbeidsgiver

I enkelte saker kan det imidlertid være snakk om et svært komplekst utfordringsbilde for den ansatte. Bedriftene trekker frem at ansatte fra tid til annen møter store utfordringer også utenfor arbeidsplassen, eksempelvis knyttet til familie. Det er særlig krevende for arbeidsgiver å bistå ansatte i tilfeller hvor utfordringsbildet er sammensatt, og til dels diffust, og skyldes en rekke faktorer utenfor arbeidsplassen.

Manglende kunnskap om medvirkningsplikten og lite arbeidsrettet fokus blant fastlegene hindrer arbeidsrettet oppfølging

Når det gjelder håndteringen av sykefravær med lengre varighet oppgir om lag 1 av 3 bedrifter at den ansatte ikke forstår at de har en medvirkningsplikt (Figur 5-14). I intervjuer vektlegger arbeidsgivere at slike situasjoner kan gjøre tilbakeføring til arbeid, og eventuelt gradert sykmelding, krevende. De forteller om fastleger som i liten grad understøtter viktigheten av å benytte restarbeidsevnen og sykmeldte som unngår å gå i dialog om hvordan arbeidsgiver eventuelt kan tilrettelegge for noe arbeid.

Flere arbeidsgivere trekker frem fastlegenes rollekonflikt, som beskrevet i Kapittel 4.2.1, som en barriere for arbeidsrettet oppfølging. De opplever at det er vanskelig å utfordre fastlegens autoritet, på

tross av at de selv mener de har gode tilretteleggingsmuligheter.

«Det burde kanskje også vært mer krav til legene, noen oppfører seg som den ansattes advokat. Da er det vanskelig å komme noen vei.»

Arbeidsgiver

Videre vektla arbeidsgivere i intervjuene at dialogen er ekstra utfordrende i situasjoner hvor den sykmeldte er mer opptatt av egne rettigheter enn plikter. For å komme den vanskelige dialogen i forkjøpet, hadde en arbeidsgiver testet ut å gjennomføre kurs for de ansatte med eksterne. Den eksterne kursholderen kunne informere de ansatte og de ulike partenes plikter på en måte som de ansatte opplevde som mer objektiv enn dersom det hadde vært arbeidsgiver som presenterte informasjonen.

Oppfølging av sykmeldte er ressurskrevende

1 av 3 bedrifter oppgir at en av de største utfordringene knyttet til håndtering av sykefravær av lengre varighet er at oppfølgingen av sykmeldte ansatte er tidkrevende (Figur 5-14). I intervjuene vi har gjennomført fremstår dette særlig som en utfordring i tilfeller hvor den som har personalansvar også har en rekke andre arbeidsoppgaver, eksempelvis styrere i barnehager.

Videre oppgir så mye som 1 av 4 bedrifter en frykt for å trå feil eller bryte regelverket som en av de

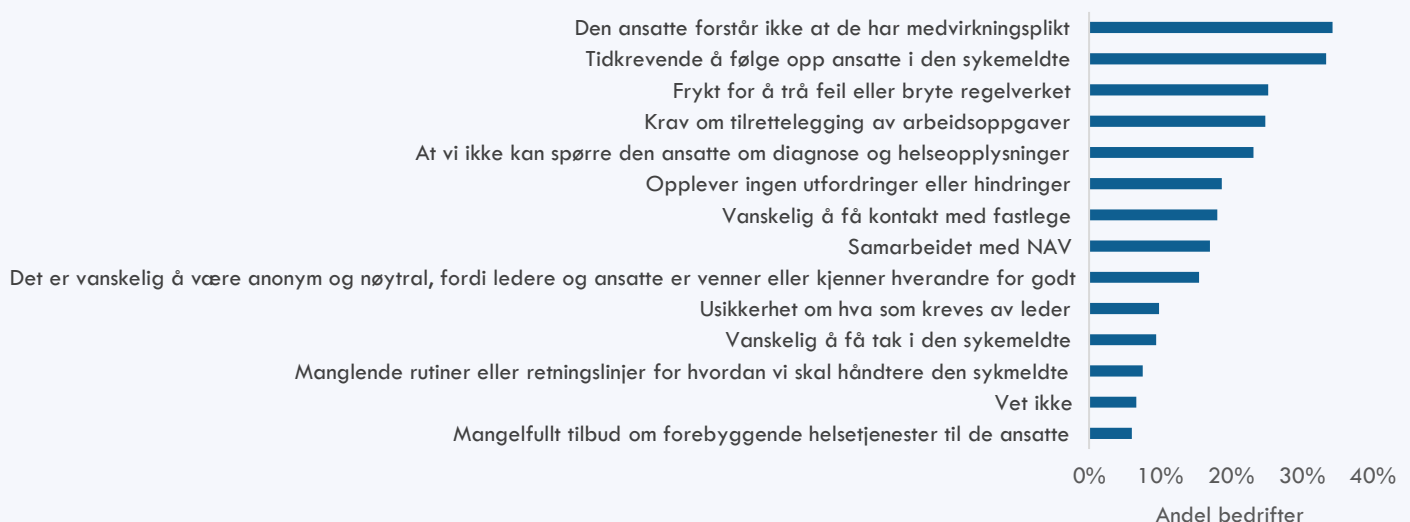
største utfordringene knyttet til håndtering av sykefravær av lengre varighet. Den samme andelen oppgir tilretteleggingsplikten, gjennom krav om tilrettelegging av arbeidsoppgaver, som en av de største utfordringene, i tråd med resultatene beskrevet tidligere.

Den sykmeldtes motivasjon og årsaken til sykefraværet er avgjørende for tilbakeføring til arbeid

En faktor som påvirker medvirkningen fra den sykmeldte er motivasjon for jobben og årsaken til sykmeldingen. Enkelte arbeidsgivere forteller i dybdeintervjuer om at sykefraværet ofte skyldes utbrenthet på bakgrunn av høyt engasjement og lidenskap for bedriftens arbeid. I slike tilfeller, hvor arbeidstakeren er motivert og liker arbeidet, kan det være enklere å finne løsninger som sikrer at den ansatte kan returnere til arbeid. I intervjuene sa også bedriftene at de opplevde tillit mellom ansatte og ledere på arbeidsplassen som noe som bidro til økt motivasjon for arbeidet. Disse bedriftene var opptatt av å heve lederkompetansen på mellomledernivå for å tilrettelegge for dette.

Andre arbeidsgivere fortalte om arbeidstakere som i større grad hadde utfordringer med motivasjon og ikke hadde det samme ønsket om å stå i arbeid. I slike tilfeller kan arbeidsgiver oppleve medvirkningsplikten som en større utfordring.

Figur 5-14: Hva opplever du som de største utfordringene eller hindringene når det gjelder oppfølging og håndtering av sykefravær av lengre varighet?



Kilde: Spørreundersøkelse (N = 780).

5.3 Oppsummering

Funnene fra spørreundersøkelsen og dybdeintervjuene tyder på at arbeidsgivere opplever sykefraværet som en sentral utfordring. På bakgrunn av dette har majoriteten av bedriftene strategier knyttet til forebygging og oppfølging av sykmeldte. Det er imidlertid en betydelig variasjon i hvor mye ressurser bedriftene bruker på forebyggings- og oppfølgingsarbeidet. Variasjonen skyldes særlig forskjeller i det økonomiske handlingsrommet.

På tross av at bedriftene oppgir å ha en rekke tilgjengelige virkemidler knyttet til forebygging og oppfølging, peker de på flere hull i dagens system for sykefraværsoppfølging.

For det første peker arbeidsgivere på lange køer i det offentlige helsevesenet som en barriere for å sikre rask tilbakeføring til arbeid. Dette gjelder særlig for

personer som har muskel-/skjelettplager og lettere psykiske lidelser. Videre vektlegges manglende fokus på arbeidsrettet oppfølging, særlig blant fastleger, som et hinder for å få sykmeldte tilbake i arbeid.

En annen barriere som trekkes frem er arbeidsgivers mangel på informasjon om den sykmeldtes behov og utfordringer. Dette pekes på som et sentralt hinder for å tilby målrettet tilrettelegging og støtte fra arbeidsgiver. Mangelen på informasjonsdeling gjør også at dialogen med andre involverte parter, som NAV og fastlegen, fremstår lite konstruktiv og effektiv med tanke på tilbakeføring til arbeid. Flere arbeidsgivere opplever å bli satt litt på siden fremfor å kunne ta del i tilbakeføringen til arbeid, på tross av at de bør være en sentral brikke i tilbakeføringsarbeidet.

6. Samlet vurdering

I Norge står mange utenfor arbeid med helserelaterte ytelser. Bedriftene har en avgjørende rolle i å skape helsefremmende og forebyggende arbeidsmiljø og bør derfor bidra aktivt med å tilby tiltak til arbeidstakere som står i fare for eller opplever sykefravær. Tidlig innsats kan være avgjørende, og arbeidsgiver har et særskilt ansvar i tilfeller hvor arbeid kan være helsefremmende. For den store gruppen sykmeldte med diffuse og sammensatte utfordringer er det behov for tverrfaglige tiltak med et parallelt fokus på arbeids- og helserettet oppfølging, som i liten grad eksisterer i dag.

Forskningen tyder på at tidlig innsats er avgjørende for å redusere varig frafall fra arbeidslivet

En vesentlig andel av befolkningen i yrkesaktiv alder faller ut av arbeidsmarkedet og mottar helserelaterte ytelser. Utviklingen med økt frafall blant yngre aldersgrupper er særlig utfordrende. For mange starter veien ut av arbeidslivet med langvarig eller gjentakende sykefravær.

De største gruppene av sykmeldte har diagnoser knyttet til psykiske lidelser eller muskel-/skjelettplager. For disse gruppene er årsakene til sykefraværet ofte diffuse og sammensatte, og forskning viser at arbeid i mange tilfeller kan virke helsefremmende. Ved å sikre en viss tilknytning til arbeidslivet, med noe tilrettelegging, kan man bidra til å dempe de negative konsekvensene av midlertidig utenforskap, og dermed redusere sannsynligheten for varig frafall. Det er dermed behov for tiltak tidlig i sykefraværsforløpet i slike tilfeller, for å lete etter mulige løsninger for tilbakeføring til arbeid før utfordringene forsterkes.

Det er en utfordring at sykmeldte i liten grad mottar arbeidsrettet oppfølging det første året. Arbeidsgivere har hovedansvar for oppfølgingen hele det første året etter sykmelding, men utfordres av begrenset tilgang til effektive virkemidler for sykmeldte. Helsetjenesten sykmelder og skal sørge for helsebehandling, men det finnes i praksis få effektive virkemidler i helsetjenesten med et arbeidsrettet fokus. NAV har ansvar for arbeidsrettet oppfølging, men kommer i de fleste tilfeller først inn med oppfølging i etterkant av sykepengeåret.

Samtidig utgjør det store volumet av sykmeldte en ressursmessig utfordring ved å innrette systemet for

tidlig oppfølging. Mange korttidssykmeldte vil komme tilbake til arbeid uten videre oppfølging, og en vridning mot tidlig innsats krever derfor verktøy for å skille de som har behov for tidlig oppfølging fra de som ikke har det.

Helhetlige, tverrfaglige tiltak kan bidra til å redusere sykefravær blant personer med diffuse lidelser

Det er generelt lite kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive for å beholde arbeidstakere med helserelaterte utfordringer i arbeid. For sykmeldte med diffuse og sammensatte plager, herunder en del grupper med muskel- og skjelettplager eller psykiske lidelser, tyder kunnskapen på at et helhetlig behandlingsfokus er nødvendig. Dersom plagene ikke har utgangspunkt i dårlig helse, men i en utfordrende livssituasjon, kan tradisjonelle rene helserettede behandlingsløp være lite egnet. I verste fall kan slike ensrettede helseløp bidra til sykeliggjøring og forverring av helsen. Behandlingsløpene for personer med diffuse og sammensatte utfordringer bør derfor ha et parallelt fokus på arbeidsrettet og helserettet oppfølging. Elementer i slike tiltak kan være kognitive tilnærminger, fysisk aktivitet og arbeidsevnevurderinger.

Det er et poeng i seg selv at tiltakene er koordinerte, slik at de understøtter hverandre. For eksempel kan tilrettelagt arbeid brukes samtidig med atferdsterapi, slik at erfaringer fra arbeid kan behandles som en del av terapien, og terapien kan brukes til å utforme mestringsstrategier i arbeidssituasjonen. Forskningen tilsier at slike koordinerte tiltak har større sannsynlighet for å lykkes enn isolerte tiltak som gjennomføres separat og uten sammenheng.

Forskningslitteraturen tyder også på at tiltakene bør innebære en dialog om hvordan personen selv opplever egne muligheter for arbeidsdeltakelse. Dette gir grunnlag for å kunne sette inn målrettede tiltak tilpasset den enkeltes behov. Den enkeltes tanker om egne muligheter dannes på bakgrunn av en rekke forhold i den enkeltes liv og omgivelser. En vektlegging av personens egne tanker om mulighetene innebærer at den enkelte får innflytelse, medvirkning og kontroll på sin egen prosess for retur til arbeid, som også understøtter motivasjon og mestringsfølelse.

De siste årene har det vært økt fokus i NAV og helsetjenesten om behovet for flere tiltak med integrerte helse- og arbeidsrettede tjenester for sykmeldte med diffuse og sammensatte plager. Det har også kommet flere tilbud, men det er fortsatt en utfordring at slike tilbud er lite tilgjengelige, sett opp mot det store volumet sykmeldte. Samtidig mangler det også kunnskap om effekter av tiltakene på retur

til arbeid, og det mangler kunnskap om hvordan slike tiltak kan innrettes ressurseffektivt.

Manglende samhandling mellom aktørene i sykefraværsoppfølgingen er en barriere

En rekke aktører deltar i oppfølgingen av sykmeldte, herunder NAV, sykmelder, arbeidsgiver og den sykmeldte. Hver av disse aktørene sitter på verdifull kunnskap og ulike virkemidler som sammen kan bidra til å få den sykmeldte tilbake i arbeid og dermed hindre varig frafall. Et premiss for at sykefraværsoppfølgingen skal være effektiv og bidra til målet om tilbakeføring til arbeid er at de som skal hjelpe sykmeldte tilbake til arbeid har, eller klarer å opparbeide seg, en helhetlig problemforståelse i hvert enkelt tilfelle. Basert på tilgjengelig forskning og erfaringer fra bedriftene som er innhentet til denne rapporten, er det betydelig rom for forbedring i denne samhandlingen.

Det virker å være for liten dialog mellom arbeidsgiver og sykmeldende lege. Mens legen sitter på kunnskap om den helsemessige situasjonen til den sykmeldte, har de ofte liten kunnskap om arbeidsplassen og mulighetene den sykmeldte har for å arbeide, eventuelt med tilrettelegging. Arbeidsgiver derimot, sitter på informasjon om hvilke muligheter den sykmeldte har på arbeidsplassen, men de mangler ofte innsikt i hvilke utfordringer den sykmeldte har.

Bedriftene opplever det som utfordrende at den sykmeldte selv ikke ønsker å dele utfordringsbildet de opplever, og at det da er vanskelig å finne gode løsninger. Den sykmeldtes motivasjon for å returnere til arbeid er avgjørende for om arbeidsgiver klarer å finne gode løsninger. Det er trolig lite hensiktsmessig å gjennomføre møter for å diskutere løsninger dersom den sykmeldte ikke er motivert eller ønsker å medvirke. Det tilsier at det kan være et behov for at sykmeldte i større grad blir minnet på medvirkningsplikten, ikke bare fra arbeidsgiver, men fra lege og NAV. Samtidig bør også det å bygge opp den sykmeldtes motivasjon for arbeid være sentralt i tiltak som skal bidra til økt retur til arbeid.

Bedriftene opplever heller ikke at legene bidrar til en god dialog om tilbakeføring til arbeid. De trekker blant annet frem leger som i liten grad understøtter viktigheten av å benytte restarbeidsevnen, og som ikke bidrar til å finne løsninger for å øke arbeidsdeltakelsen. Manglende dialog mellom den sykmeldte, lege og arbeidsgiver fremstår derfor som en betydelig barriere for å finne gode løsninger for retur til arbeid. Utfordringsbildet tilsier at det bør jobbes med å bedre dialogen mellom aktørene, på tross av at dette er en krevende oppgave. Det kan tenkes å være et mer ressurseffektivt alternativ å samle oppfølgingen til én part, som har kompetanse

og virkemidler til å gi sykmeldte et helhetlig oppfølgingstilbud.

Forebyggende arbeid i bedriftene er avgjørende

Bedriftene har en avgjørende rolle i å skape et helsefremmende arbeidsmiljø, for å forebygge sykdom og sykefravær. Tilgjengelig kunnskap viser at en stor andel av sykefraværet er relatert til forhold på arbeidsplassen og at arbeidsmiljøet har stor betydning for sykefraværet. Bedriftenes viktigste rolle er derfor å skape og videreutvikle gode arbeidsmiljø. Bedrifter med særlig høyt sykefraværet bør iverksette tiltak for å jobbe med arbeidsmiljøet. I noen tilfeller kan det være nødvendig å hente inn eksterne aktører for å løse opp i utfordringer eller konflikter på arbeidsplassen. Bedriftene har også en viktig rolle i å plukke opp og iverksette forebyggende tiltak for arbeidstakere som står i fare for å bli syke.

Arbeidsgivere strekker seg langt i å tilrettelegge for sykemeldte, men mulighetene er begrensede

For mange sykmeldte er det avgjørende å beholde en tilknytning til arbeidsplassen, så langt det lar seg gjøre. Arbeidsgivers evne til å tilrettelegge arbeidsoppgaver for sykmeldte er viktig for at sykmeldte kan beholde denne arbeidstilknytningen. Spørreundersøkelsen blant Storebrands bedriftskunder tyder på at bedriftene strekker seg langt i tilrettelegging på arbeidsplassen for personer med helsemessige utfordringer. Det er imidlertid også vesentlige begrensninger i tilretteleggingsmulighetene. Dette er eksempelvis knyttet til bemanningskrav og lite rom for intern mobilitet og alternative arbeidsoppgaver. Sistnevnte kan både skyldes at den sykmeldte mangler nødvendig kompetanse for annet arbeid, eller at bedriften ikke har alternative arbeidsoppgaver å tilby.

Tilrettelegging for personer med helsemessige utfordringer kan også ha betydelige konsekvenser for andre ansatte i bedriften. Til en viss grad fører tilrettelegging for enkelte til økt arbeidsbelastning for andre. Dette gjelder særlig i bedrifter med lite bredde i arbeidsoppgaver og få muligheter for å skalere tjenesten de tilbyr, eksempelvis barnehager. I ytterste konsekvens kan tilrettelegging dermed føre til slitasje på andre ansatte og økt risiko for ytterligere sykefravær. Bedriftene må derfor vurdere varigheten av tilretteleggingstiltak, opp mot hensynet til andre ansatte. Videre bør tilrettelegging for den enkelte være tidsavgrenset og kombineres med oppfølging, med formål om at den sykmeldte kan komme tilbake til ordinære arbeidsoppgaver på sikt.

Arbeidsgivers oppfølging av sykmeldte er mangelfull

I spørreundersøkelsen oppgir flertallet av bedriftene at de har de virkemidlene de trenger i

sykefraværsoppfølgingen. Samtidig tilsier erfaringer innhentet gjennom intervjuer at det, særlig i noen bransjer, finnes lite handlingsrom til å følge opp sykmeldte med den tette dialogen som er nødvendig for å finne gode løsninger for den enkelte.

Den største gruppen sykmeldte har diffuse og sammensatte plager og oppfølging av disse krever i mange tilfeller helhetlig samtalebasert oppfølging, som inneholder noe mer enn ren tilrettelegging av arbeidsoppgaver og enkeltstående oppfølgingsamtaler med arbeidsgiver. Nærmeste leder har sjelden mulighet eller kompetanse til dette. Noen bedrifter har knyttet til seg slik kompetanse, intern eller eksternt, for eksempel gjennom bedriftshelsetjenesten. Slik oppfølging krever imidlertid både økonomiske ressurser og prioritering.

Oppfølgingen av sykmeldte begrenser seg derfor ofte til å innebære nødvendige avklaringer med leder underveis og enkelte forsøk på tilrettelegging av arbeidsoppgaver. For bedriftene kan dette oppleves som omfattende og ressurskrevende oppfølging, men i mange tilfeller er det likevel ikke tilstrekkelig.

Enkle oppfølgings tiltak rettet mot sykmeldte eller arbeidstakere i risikozonen kan være effektivt

Sykmeldte med sammensatte og diffuse plager vil kunne ha god effekt av relativt enkle og lite ressurskrevende tiltak, dersom tiltakene settes inn tidlig. Bedriftene kan derfor være tjent med å iverksette tiltak både for sykmeldte i denne gruppen, men også for arbeidstakere som står i fare for å bli sykmeldt. Slike tiltak kan være relativt enkel samtalebasert oppfølging fra aktører med kompetanse i arbeidsrettet oppfølging. Målet med slik oppfølging er å sette i gang prosesser hos den sykmeldte selv, kartlegge den enkeltes ønsker og muligheter i arbeidslivet, iverksette tiltak for fysisk aktivitet eller bedre dialogen mellom arbeidsgiver og sykmeldt.

I noen tilfeller kan det være tilstrekkelig at nærmeste leder tar denne oppfølgingen. I mange tilfeller kan det imidlertid være en fordel at eksterne aktører gjennomfører oppfølgingen. Det kan være lettere for arbeidstaker å åpne seg opp for en utenforstående aktør. Dette gjelder særlig hvis utfordringene er knyttet til konflikter på arbeidsplassen, men det vil trolig også gjelde i mange andre tilfeller. Det er likevel viktig at oppfølgingen tar utgangspunkt i forholdene på arbeidsplassen, med fokus på hva som skal til for å få den ansatte tilbake i arbeid.

Dersom det tidlig kan avdekkes at sykefraværet har andre underliggende årsaker enn helse, for eksempel livskriser, økonomiske problemer eller familiekonflikter, kan den sykmeldte også få videre hjelp av andre deler av virkemiddelapparatet. Tiltak fra

arbeidsgivers side som kan bidra til å avdekke slike ting på et tidlig stadium, kan derfor potensielt være ressurseffektivt. Slike prosesser kan også bidra til å avdekke tilfeller hvor utfordringene har grunnlag i konflikter på arbeidsplassen, som arbeidsgiver nødvendigvis må ta tak i.

Bransjevis variasjon i sykefravær og ressursbruk fordrer tilpassede virkemidler

Omfanget av sykefravær varierer betydelig på tvers av bransjer og yrkesgrupper. En del av forklaringen er at ulike bransjer og yrker har svært ulik arbeidsbelastning, både fysisk og psykisk. Mens noen arbeidstakere opplever stor grad av autonomi og fleksibilitet, kombinert med stimulerende arbeidsoppgaver, møter andre kombinasjonen av høyt arbeidspress, omfattende krav og lav selvbestemmelse. Videre er det betydelige forskjeller i både fysiske og psykiske risikofaktorer, herunder støy, tunge løft, mental belastning og krevende arbeidsstillinger.

Det er også stor variasjon i hvor mye ressurser bedriftene bruker på forebygging av sykefravær. Enkelte arbeidsgivere foretar omfattende og løpende monitorering av risikofaktorer og sykefravær blant de ansatte, i kombinasjon med et bredt tilbud av både forebyggende og rehabiliterende tjenester (eksempelvis psykolog, naprapat, fysioterapi etc.). Andre derimot begrenses av lite økonomisk handlingsrom, mangel på (kompetent) arbeidskraft, økte krav til tjenestetilbudet og høyt sykefravær. For denne gruppen er handlingsrommet for forebyggende arbeid svært begrenset.

Forskjellene tilsier at bedriftene har behov for ulike virkemidler i sitt oppfølgingsarbeid. Der noen bedrifter trolig sliter med de sykmeldtes motivasjon og manglende muligheter for tilrettelegging, har andre bedrifter høyt motiverte ansatte og gode muligheter for tilrettelegging. Hvilke tiltak som er mest effektive for å fremme retur til arbeid vil da også variere.

Sykmeldte som ikke har helse til å stå i opprinnelig arbeid bør vurdere nytt arbeid

Noen sykmeldte bør ikke returnere til sin nåværende jobb, for eksempel i tilfeller der helsemessige utfordringer er uforenlige med opprinnelige arbeidsoppgaver. Arbeidsmarkedet er imidlertid svært mangfoldig, og mange kan ha gode forutsetninger for annet arbeid, hos andre arbeidsgivere. Det er grunn til å tro at mange vil ha behov for støtte og oppfølging i en slik overgang, eksemplvis gjennom karriereveiledning og/eller kompetansetilførsel.

I tilfeller hvor bedriften erfarer at sykmeldte ikke har helse til å stå i jobben over tid, bør bedriften vurdere muligheten for å tilby andre arbeidsoppgaver og

eventuell kompetanseheving for å muliggjøre dette. NAV har virkemidler for å bistå den sykmeldte i slike tilfeller, men kjenner ikke nødvendigvis til hvilke sykmeldte som har behov for slike tiltak. Legen har heller ikke nødvendigvis forutsetninger for å vite hvem dette er. Dersom arbeidsgiver kan bidra i dialogen med den sykmeldte, lege og NAV, for å identifisere personer som har behov for hjelp til å komme over i annet arbeid, eventuelt hos en ny arbeidsgiver, vil det trolig gjøre det lettere for de andre aktørene å følge opp dette behovet på en god måte.

Rause velferdsordninger bidrar til å holde sykefraværet oppe

Det er bred enighet om at den norske sykepengeordningen er en av årsakene til det relativt høye sykefraværet. Ved at sykmeldte får full lønn i hele sykepengeperioden, som i hovedsak betales av

staten, står verken den sykmeldte selv eller arbeidstaker i noen særlig grad overfor den samlede samfunnsøkonomiske kostnaden av fraværet. I andre sammenlignbare land betaler den sykmeldte selv og/eller arbeidsgiver en større andel av kostnaden av sykefravær, og i disse landene er også sykefraværet lavere.

Generøse trygdeordninger ved sykdom er et betydelig velferdsgode for norske arbeidstakere. Over tid, etter ett års sykefravær, vil imidlertid inntektsgrunnet for de fleste falle betraktelig dersom de ikke går tilbake til arbeid. Når vi samtidig vet at sannsynligheten for å returnere til arbeid faller jo lenger fraværet har pågått, er det grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt den rause sykepengeordningen også har en langsiktig nedside for personer med redusert helse og usikker arbeidsevne.

7. Referanser

- Abrahamsen, C., Reme, S. E., Wangen, K. R., Lindbæk, M., & Werner, E. L. (2023). The effects of a structured communication tool in patients with medically unexplained physical symptoms: a cluster randomized trial. *eClinicalMedicine*.
- AFI og Proba samfunnsanalyse. (2022). *Evaluering av tilskudd til ekspertbistand*. Oslo: Oslo Met.
- Alpino, M., Karen, H. E., Kotsadam, A., & Markussen, S. (2022). Effects of dialogue meetings on sickness absence - Evidence from a large field experiment. *Journal of Health Economics*(83).
- Alsos, K. (2019). *Tariffavtalenes regulering av lønn under sykdom*. Digitalt vedlegg til NOU 2019: 7.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2016). *Nytt nasjonalt konsept - HelseArbeid*. Arbeids- og sosialdepartementet.
- Arbeidsmiljøloven. (2023). *Arbeidsmiljøloven*. Hentet fra Arbeidstilsynet: <https://www.arbeidstilsynet.no/regelverk/lover/arbeidsmiljolooven/>
- Askildsen, J. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? *Tidsskrift for velferdsforskning*, ss. 97-101.
- Bakke, B., Degerud, E. M., Gravseth, H. M., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B., . . . Øygardslia, H. (2021). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk*. Statens arbeidsmiljøinstitutt.
- Becken, L.-E. (2016). *Sluttevaluering av Hedmarksmodellen - NAVs håndtering av aktivitetskravet ved uke 8 i en sykemelding*. Proba samfunnsanalyse.
- Berge, T., & Falkum, E. (2013). *Se mulighetene*. Oslo: Gyldendal.
- Brage, S., & Nossen, J. (2017). Sykefravær på grunn av psykiske lidelser - utvikling siden 2003. *Arbeid og velferd*, ss. 77-88.
- Bragstad, T. (2017). *Arbeidsavklaringspenger – om aktivitet i ytelsesforløpet*. NAV.
- Bramwell, D., Sanders, C., & Rogers, A. (2016). A case of tightrope walking: An exploration of the role of employers and managers in supporting people with long-term conditions in the workplace. *International journal of workplace health management*, Vol. 9 No. 2, ss. 238-250.
- Brendbekken, R., Harris, A., Ursin, H., Eriksen, H. R., & Tangen, T. (2016). Multidisciplinary Intervention in Patients with Musculoskeletal Pain: a Randomized Clinical Trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 23, ss. 1-11.
- Bråten, R. H.-G., Bugge, C., Kristiansen, I. S., Gardsjord, E. S., & Sæther, E. M. (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Psykologtidsskriftet*.
- Braathen, T. N., & Tellnes, G. (2014). Hva virker i arbeidsrettet rehabilitering? I G. Tellnes, & B. Claussen, *Folketrygdens framtid: Hvor går Nav?* (s. 115).
- Carroll, C., Rick, J. P., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation*, Vol. 32, Issue 8, ss. 607-621.
- Duchaine, C. S., Aube, K., Gilbert-Ouimet, M., Vezina, M., Ndjaboue, R., Massamba, V., . . . Brisson, C. (2020). Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(8), ss. 842-851.
- European Commission. (2024). *Denmark - Disability pension, senior pension and flexi-job*. Hentet fra European Commission - Employment, Social Affairs and Inclusion: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1107&langId=en&intPageId=4493>
- European Commission. (2024). *Netherlands - Invalidity benefits*. Hentet fra European Commission - Employment, Social Affairs & Inclusion: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1122&langId=en&intPageId=4990>
- Fevang, E. (2020). Helserelaterte ytelser og skjult arbeidsledighet – en diskusjon om mulige sammenhenger. *Søkelys på arbeidslivet*, Vol. 37, Utg. 3, ss. 201-215.

- Fevang, E., Markussen, S., & Røed, K. (2014). The Sick Pay Trap. *Journal of Labor Economics*, Vol. 32, No. 2, ss. 305-336.
- Finans Norge. (2023). *Helseforsikring*. Hentet fra <https://www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring/>
- Forsäkringskassan. (2024). *Sjukersättning*. Hentet fra Forsäkringskassan: <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/funktionsnedsattning-eller-langvarig-sjukdom/sjukersattning>
- Framke, E., Sørensen, J., Nordentoft, M., Johnsen, N., Garde, A., Madsen, I., & Rugulies, R. (2019). Perceived and content-related emotional demands at work and risk of long-term sickness absence in the Danish workforce: a cohort study of 26 410 Danish employees. *Occupational and environmental medicine*, 76(12), ss. 895-900.
- Frischsenteret og Proba samfunnsanalyse. (2023). *Hvor godt virker arbeidsforberedende trening?* Oslo: Frischsenteret.
- Galaasen, A. M., Friis-Petersen, S., Haugen, A., Lande, S., Lysø, N., Selnes, C., & Tkachenko, O. (2017). *Aktiv eller passiv med arbeidsavklaringspenger?* NAV.
- Gismervik, S. Ø., Aasdahl, L., Vasseljen, O., Fors, E. A., Rise, M. B., Johnsen, R., . . . Fimland, M. S. (2020). Inpatient multimodal occupational rehabilitation reduces sickness absence among individuals with musculoskeletal and common mental health disorders: a randomized clinical trial. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 46(4), ss. 364-372.
- Gjengedal, R. G., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerfeld, S. E., Blonk, R. W., Sandin, K., . . . Hjemdal, O. (2020). Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work*, 66(3), ss. 657-667.
- Hansen, B. B. (2018). *Har du jobbet mye og er sliten, får du sykmelding. Har du kranglet med sjefen, får du sykmelding. Men er det sykdom?* Hentet fra Aftenposten: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/p6WP6X/har-du-jobbet-mye-og-er-sliten-faar-du-sykmelding-har-du-kranglet-med-sjefen-faar-du-sykmelding-men-er-det-sykdom-bjoern-b-hansen>
- Hasting, R., Mehlum, I., Udem, K., Robroek, S., Burdorf, A., Gran, J., & Merkus, S. (2023). The effects of a national, voluntary agreement for a more inclusive working life on work participation following a long-term sickness absence: a Norwegian cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(7), ss. 466-476.
- Haugli, L., Steen, E., Lærum, E., Nygard, R., & Finset, A. (2001). Learning to have less pain - is it possible?: A one-year follow-up study of the effects of a personal construct group learning programme on patients with chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*, 45(2), ss. 111-118.
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk ubalanse situasjonsbetinget - Sykmelderveileder*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/diagnosespesifikke-anbefalinger-for-sykmelding/psykisk-p/psykisk-ubalanse-situasjonsbetinget-inkluderer-sorg-og-tapsreaksjoner-p02-akutt-belastningslidelse>
- Helsedirektoratet. (2023). *Individuell jobbstøtte (IPS)*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/arbeid-og-helse/individuell-jobbstotte-ips>
- Higgins, A., O'Halloran, P., & Porter, S. (2012). Management of Long Term Sickness Absence: a systematic realist review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Volume 22, Issue 3, ss. 322-332.
- Hoff, R., Maltzahn, N., Hasting, R. L., Merkus, S. L., Udem, K., Kristensen, P., . . . Gran, J. M. (2022). An initiative for a more inclusive working life and its effect on return-to-work after sickness absence: a multistate longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 12(11).
- Joner, A. (2008). Sykmelding - helsetjeneste eller bjørnetjeneste? *Tidsskrift for den norske legeforening*.
- Jåtun, B. D. (2023). *Hvorfor har vi ikke sorgmelding i Norge?* Hentet fra Pårørendesenteret: <https://www.parorendesenteret.no/aktuelt/hvorfor-har-vi-ikke-sorgmelding-i-norge->

- Kalstø, Å. M., & Danielsen, M. (2022). Store fylkesforskjeller i unge uføre. *Arbeid og velferd, Utgave 3*.
- Kann, I. C., Lima, I. A., & Kristoffersen, P. (2014). Håndheving av aktivitetskravet i Hedmark har redusert sykefraværet. *Arbeid og velferd*.
- Karasek, R. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain – Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly, Vol. 24, No. 2*, ss. 285-308.
- Knapstad, M., Lervik, L. V., Sæther, S. M., Aarø, L. E., & Smith, O. R. (2020). Effectiveness of Prompt Mental Health Care, the Norwegian Version of Improving Access to Psychological Therapies: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89(2)*, ss. 90-105.
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M., & Nordby, K.-C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning, Vol. 19, Utg. 2*, ss. 179-199.
- Krogsbøll, L. T., Jørgensen, K. J., Larsen, C. G., & Gøtzsche, P. C. (2012). General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*.
- Kuoppala, J., & Lamminpää, A. (2008). Rehabilitation and work ability: a systematic literature review. *Journal of Rehabilitation Medicine, 40(10)*, ss. 796-804.
- Landsforeningen uventet barnedød. (2015). *Problematisk å sykmelde sørgende på feil grunnlag*. Hentet fra Landsforeningen uventet barnedød: <https://lub.no/aktuelt/problematisk-a-sykmelde-sorgende-pa-feil-grunnlag>
- Lau, B., Dye, A. H., & Aarseth, S. (2018). Lederes erfaringer med oppfølging av sykmeldte. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*.
- Lien, I. (2013). «Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus. *Fafo-notat 2013:02*.
- Lima, I. A., Kann, I. C., & Brage, S. (2017). NAVs håndheving av aktivitetskravet for sykmeldte. Forsøk med Hedmarksmodellen. *Arbeid og velferd*.
- Markussen, S., & Røed, K. (2017). The market for paid sick leave. *Journal of Health Economics, ss. 244-261*.
- Markussen, S., & Røed, K. (2020). Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? *Søkelys på arbeidslivet*, ss. 219–237.
- Markussen, S., Mykletun, A., & Røed, K. (2012). The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics, Volume 96, Issues 11-12*, ss. 959-972.
- Markussen, S., Røed, K., & Schreiner, R. C. (2017). Can compulsory dialogues nudge sick-listed workers back to work? *The Economic Journal*, ss. 1276-1303.
- Meneses-Echavez, J., Baiju, N., & Berg, R. (2018). *Effects of partial sick leave versus full-time sick leave on sickness absence and work participation*. FHI.
- Myhre, A., & Lima, I. (2022). Markant nedgang i dialogmøter for langtidsykmeldte da NAV begynte å spørre om behov. *Arbeid og velferd*.
- NAPHA. (2024, januar 30). *Rask psykisk helsehjelp*. Hentet fra NAPHA: <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>
- Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. (2024). *Veileder for arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten*. Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering.
- NAV. (2024). *Individuell jobbstøtte (IPS)*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/ips>
- NAV. (2024). *Senter for jobbmestring*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/senter-for-jobbmestring>
- NFKT. (2024). *Rask psykisk helsehjelp*. Hentet fra NFKT: <https://www.kognitiv.no/hjelp-til-deg/behandlingstilbud/rask-psykisk-helsehjelp/>
- Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., de Boer, A. G., Blonk, R. W., & van Dijk, F. J. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine, 61(10)*, ss. 817-823.
- Nilsen, S. (2018). *Allmennlegers erfaringer som portvakt - Uffordringer, håndtering og konsekvenser*. Hentet fra Avhandling for gradeb philosophiae doctor (ph. d.) ved

- Universitetet i Bergen:
https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/17622/Stein%20Nilsen_thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *J. Rehabil. Med.*,(3), ss. 115-121.
- NOU 2019:7. (2019). *Arbeid og inntektssikring - Tiltak for økt sysselsetting*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- NOU 2021:2. (2021). *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring - Tiltak for økt sysselsetting*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Nøkleby, H., Berg, R., Nguyen, L., Blaasvær, N., & Kurtze, N. (2015). *Helseeffekter av arbeid. Notat 2015*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- OECD. (2008). *Employment outlook 2008*. Paris.
- Ose, S. O., Dyrstad, K., Brattlid, R., Slettbakk, H., Jensberg, H., Mandal, R., & Pettersen, I. (2013). *Oppfølging av sykmeldte - fungerer dagens regime?* Trondheim: SINTEF-rapport A24297.
- Oslo Economics. (2018). *Samfunnsnyttene av bedriftshelsetjenesten*. Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2020). *Samarbeid mellom NAV og Rask psykisk helsehjelp i kommunene - Samordnet bistand for personer med psykiske plager og arbeidsutfordringer*. Oslo: Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2022). *Bruk av dialogmøte 2 i sykefraværsoppfølgingen*. Oslo: Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2022). *Samhandling mellom arbeid og helse - koordinerte tjenester til sykmeldte med psykiske plager og muskel/skjelettplager*. Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2023). *Kartlegging av NAV Arbeidslivssenters arbeid*. Oslo: Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2024). *Effekter av arbeidsmarkedstiltak*. Oslo: Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2024). *Effektevaluering av arbeidsmarkedstiltaket Arbeidstrening*. Oslo: Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2024). *Evaluering av kompetansetiltak for sykmeldte*. Oslo Economics.
- Oslo Economics. (2024). *Overordnet evaluering av effekter av arbeidsmarkedstiltak - foreløpig ikke offentliggjort*. Oslo: Oslo Economics.
- Oude Hengel, K. M., Bosmans, J. E., Van Dongen, J. M., Bongers, P. M., Van der Beek, A. J., & Blatter, B. M. (2014). Prevention program at construction worksites aimed at improving health and work ability is cost-saving to the employer: results from an RCT. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(1), ss. 56-58.
- Oxford Research & NORCE. (2023). *Evaluering av utvikling og implementering av nye modeller for sykefraværsoppfølging - NAV Vest-Viken*. Hentet fra NAV - rapporter arbeid og helse: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/forskningsrapporter-og-evalueringer-finansiert-av-nav/sykefravaer-og-arbeidsmiljo-rapportarkiv2/evaluering-av-utvikling-og-implementering-av-nye-modeller-for-sykefravaersoppfolging-nav-vest-viken>
- Oxford Research. (2022). *Kartlegging av sammenhengen mellom forebyggende arbeidsmiljøarbeid og sykefravær på bransje- og virksomhetsnivå - rapport 2022/12*. Oxford Research.
- Oxford Research. (2023). *Kartlegging og evaluering av ordningen "Friskmelding til arbeidsformidling" - rapport 2023/12*. Oxford Research.
- Oxford Research. (2024). *Arbeidsfokus på fastlegekontor - Følgeforskning av fastlegeprosjektet - rapport 2024/1*. Oxford Research.
- Proba samfunnsanalyse. (2016). *Egenmeldig 365 - evaluering av et forsøksprosjekt*. Proba samfunnsanalyse.
- Prop. 1 S (2023–2024). (2023). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- Riesen, T., Morgan, R. L., & Griffin, C. (2015). Customized employment: A review of the literature. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 43(3), 183-193.
- Rueda, S., Chambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Rourke, S. B., Bayoumi, A., . . . Lavis, J. (2012). Association of returning to work with better health in working-aged adults: a

- systematic review. *American journal of public health*, 102(3), ss. 541-56.
- Schafft, A. (2008). *Psykiske lidelser og arbeidsintegrering i Skandinavia: En kunnskapsstatus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Sintef. (2009). *Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)*. Hentet fra <https://www.sintef.no/contentassets/6c2204e7252844aeb9d2453576e9028e/rapport-evaluering-av-ia-avtalen.pdf>
- Sintef. (2011). *Inkluderende arbeidsliv i kommunene*. Hentet fra <https://www.sintef.no/contentassets/6c2204e7252844aeb9d2453576e9028e/rapport-a18235-inkluderende-arbeidsliv-i-kommunene.pdf>
- SINTEF. (2013). *Oppfølging av sykmeldte - fungerer dagens regime?* SINTEF.
- Sintef. (2015). *Hvordan fungerer arbeidsavklaringspenger (AAP) som ytelse og ordning? Et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF og Nasjonalt kompetansesenter for arbeidsretta rehabilitering*. SINTEF Rapport A26778.
- Sintef. (2016). *Evaluering av bedriftshelsetjenesten i Norge*. Sintef.
- SINTEF. (2018). *Partssamarbeid og forebyggende arbeidsmiljøarbeid - rapport 2018:00851*. SINTEF.
- SINTEF. (2018). *Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland - rapport 2018:01047*. SINTEF.
- SINTEF. (2022). *Kartlegging av psykososialt arbeidsmiljøarbeid - rapport 2022:00937*. SINTEF.
- Smith, O. R., Alves, D. E., & Knapstad, M. (2016). *Rask psykisk helsehjelp: Evaluering av de første 12 pilotene i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Smith, R., Vedaa, Ø., Klungsøyr, K., Knapstad, M., Knudsen, A. S., & Skogen, J. C. (2022). *Folkehelse rapporten - Arbeid og helse i Norge*. FHI.
- Smith-Isaksen, M. (2016). *Hva har ledelse å si for arbeidsmiljøet? Arbeid og helse*, ss. 32-34.
- SSB. (2023). *Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen*. Hentet fra [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/arbeidsmiljo-levkarsundersokelsen)
- STAMI. (2024). *Arbeidsmiljøportalen*. Hentet Januar 18, 2024 fra <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/>
- Steen, E., & Haugli, L. (2000). The body has a history: an educational intervention programme for people with generalised chronic musculoskeletal pain. *Patient Education and Counseling*, 41(2), ss. 181-195.
- Thisted, C. N., Labriola, M., Nielsen, C. V., Håkonsen, S. J., & Bjerrum, M. B. (2020). Understanding depression as a workplace issue: Clarifying employers' attitudes to manage employees with depression. *65(4)*, ss. 857-868. Hentet fra Work.
- Thisted, C. N., Labriola, M., Nielsen, C. V., Kristiansen, S. T., Strøm, J., & Bjerrum, M. B. (2020). Managing employees' depression from the employees', co-workers' and employers' perspectives. An integrative review. *Disability and Rehabilitation*, 42(4), ss. 445-459.
- Tiller, M. (2023). *Over 12 000 i kø til psykisk helsevern*. Hentet fra P4.no: <https://www.p4.no/nyheter/over-12000-i-ko-til-psykisk-helsevern/artikkel/893481/>
- Tingulstad, A., Meneses-Echavez, J., Evensen, L., Bjerck, M., & Holte, H. (2021). *Arbeidsrettede rehabiliteringstiltak ved langtidssykmelding: en systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet.
- UK Government. (2022). *New Style Employment and Support Allowance*. Hentet fra gov.uk: <https://www.gov.uk/guidance/new-style-employment-and-support-allowance>
- Uni Helse og Uni Rokkansenteret. (2013). *Effektevaluering av Senter for Jobbmestring*. Uni Research.
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. I. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(10), ss. 730-6.
- Verbeek, J., Pulliainen, M., & Kankaanpää, E. A. (2009). A systematic review of occupational safety and health business cases. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(6), ss. 403-412.
- Waddell, G., & Burton, A. (2006). *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationary Office (TSO).

- Wahlberg, K., Pape, K., B., A., & Vie, G. Å. (2023). Use of general practitioner services among youth and young adults in Norway from 2006 to 2021. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 41(4), ss. 505-515.
- Aagestad, C., & Lone, J. (2018). Betydningen av ledelse for forebygging av sykefravær. *Stat & Styring*, Vol. 28, Utg. 4, ss. 60-63.
- Aagestad, C., Johannessen, H., Tynes, T., Gravseth, H., & Sterud, T. (2014). Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: A prospective study of the general working population in Norway. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(8), ss. 787-793.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo