

Kronikk

Er fraværsreduksjon en oppgave for leger?

Høsten 1977 vedtok Stortinget full lønn under sykdom for alle. Ti år senere ville de største partiene reversere reformen. Men i stedet for en prinsippdiskusjon om sykelønnsordningen, fikk vi sykefraværskampanjene. De skapte inntrykk av at det var noe galt med det norske sykefraværet. Det som tradisjonelt hadde vært arbeidsgivers problem, fremstod som et samfunnsproblem.

Standardmålet for sykefravær, sykefraværsprosenten, er et gammelt mål for produksjonstap. Det reflekterer verken helse- eller arbeidsmiljøstandard. Tiltak som raskt og enkelt reduserer fraværet/produksjonstapet, kan virke negativt på folkehelsen. Fraværsreduksjon må ikke forveksles med helsefremmende arbeid, og utgjør ingen naturlig oppgave for leger eller annet helsepersonell.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ebba Wergeland

ebba.wergeland@medisin.uio.no

Dag Bruusgaard

Seksjon for arbeids- og trygdemedisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
0318 Oslo

«De ansatte maa holde sig friske. Lønudbetalinger standses øjeblikkelig i Tilfælde Sykdom. Det anbefales at hver Ansat foretager Opsparing for at sikre sig mot Sygdomsfravær og for at forebygge Alderdommen, saaledes at de ikke bliver en Byrde for Samfundet.»
Arbeidsreglement fra 1873.

I 1977 vedtok Stortinget enstemmig at alle arbeidstakere skulle få full lønn under sykdom fra første dag, og rett til å bruke egenmelding. Ved å fjerne egenrisikoen ved sykdom markerte Stortinget at sykefravær ikke var noe den enkelte kunne lastes for. Blant funksjonærene var det allerede mange som hadde disse rettighetene. Hovedargumentet for reformen var at alle arbeidstakere skulle stilles likt. Til dem som advarte mot faren for misbruk, opplyste departementet: «En kan neppe legge til grunn at de deler av befolkningen som ikke har denne retten er større potensielle misbrukere enn andre» (1).

Forsøk på reversering

Bare 10–15 år senere kom de første forsøkene på å reversere reformen. 1990 er et merkeår. Selv om Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) dette året registrerte lavere sykefravær enn i reformåret 1977, inngikk Landsorganisasjonen (LO) og NHO en avtale basert på at fraværet var *for høyt*, og måtte reduseres med 20 % i løpet av perioden 1991–93.

LO hadde ikke skiftet syn på sykelønnsordningen siden 1977. De mente fortsatt at dette var en ordning Norge hadde råd til. Men de store partiene hadde lagt om den sosialpolitiske kursen, og ville redusere overføringene over trygdebudsjettet. De første kuttforsøkene ble rettet mot sykelønnsordningen. Vi kan lese om det i evalueringsrapportene fra denne aller første sykefraværskampanjen:

«Ved inngangen til 1990-tallet kom det nye signaler fra myndighetene om endringer i sykelønnsordningen for å spare utgifter. Det ble foreslått lavere lønnsdekning ved sykefravær, innføring av karensdager og utvidelse av arbeidsgiverperioden for utbetaling av sykepenger» (2).

«Ulike regjeringer foreslo innsparinger av utgiftene til sykelønnsordningen og reduksjon av ytelsene. Regjeringen utgått fra Arbeiderpartiet foreslo et kutt på 500 mill. kroner i sykelønnsordningen mens en senere Høyre-regjering gikk inn for å senke kompensasjonsgraden til 90 prosent. Under forutsetningen av at det ikke ble foretatt endringer i reglene for sykepengeutbetaling, inngikk Landsorganisasjonen i Norge og Næringslivets Hovedorganisasjon i 1990 en avtale om å sette i gang et prosjekt som

på landsbasis skulle arbeide for å få ned sykefraværet i LO/NHO-området innen utgangen av 1993» (3).

For LO gjaldt det å forsvare sykelønnsreformen fra 1977. De inngikk samarbeidsavtalen med NHO mot at Brundtland-regjeringen avstod fra å kutte i ytelsene. Beregninger hadde vist at slike kutt med nødvendighet ville ramme dem med dårligst helse og svakest økonomi hardest, og de ville ramme kvinner mer enn menn (4).

Når for dyrt blir «for høyt»

I 1990 ville altså regjeringen spare utgifter. Fraværsprosent, fraværstid i prosent av mulige nærværsdager, lå jo nærmest stabilt. Det ble vist til at langtidsfraværet økte. Rikstrykdeverkets registreringer viste at det totale antallet fraværstid økte, men dette hang sammen med en økning i 52-ukersfraværene, som ofte markerte overgang til uføretrygd (5). Antall dager på grunn av kortere fravær gikk faktisk litt ned. Tallene tilsa at man burde prioritere tilrettelegging for eldre for å redusere behovet for uføretrygd. Dermed ville det også bli færre 52-ukersfravær. Ettersom regjeringen nå mente at sykelønnsordningen var for sjenerøs, kunne det også vært nyttig med en offentlig diskusjon om utformingen av ordningen. I stedet fikk vi kampanjene for fraværsreduksjon som gav folk inntrykk av at det var noe galt med det norske fraværet. Fraværskampanjen gav også inntrykk av at fraværet lot seg redusere kraftig bare alle la godviljen til. Altså en helomvending i forhold til Stortingets syn på fraværet da de fjernet egenrisikoen.

Det skjedde liknende ting i andre land. Sandman-utvalget beskrev regjeringens nye holdning til sykelønnsordningen som et europeisk fenomen (6): «Økt internasjonal konkurranse og ønske om å få ned kostnadene knyttet til arbeidskraft har ført til økt fokus på sykefravær i Europa. For å bremse kostnadsveksten er det foretatt innstramninger i sykelønnsordningene. Det har vært en tendens til å skyve ansvaret (...) fra det offentlige og over på arbeidsgiver og arbeidstaker.»

Det var ikke bare i Norge at vi fikk presentert vårt eget land som fraværsversting. Særlig var svenskene selvkritiske. En sammenlikning av fraværet i de nordiske

landene konkluderte med at variasjonen skyldtes forskjeller i struktur og regelverk. Rapporten forsøkte å berolige svenskene (7): «– antagandet om en sämre arbetsmoral i Sverige vad beträffar sjukfrånvaron är en myt.»

Det hjalp ikke. Få år etter kom en ny utredning om det svenske sykefraværet med den selvbebreidende tittelen «Den svenska sjukan» (8).

Virkelighetsoppfatninger som den om det høye fraværet blir antakelig skapt på omtrent samme måte i alle land. Da vi på e-post spurte NRK hvorfor Dagsnytt omtalte fraværet i et gitt kvartal i 2004 som «skyhøy», fikk vi dette svaret fra en lite kildekritisk økonomiredaktør: «Vi brukte betegnelsen skyhøyt fordi alle aktørene mener at det er et høyt sykefravær i Norge og at det er en utfordring for arbeidslivet.»

I alles interesse?

I Norge ble den første sykefraværskampanjen avløst av nye i en uavbrutt kjede frem til den foreløpig siste, avtalen om «inkluderende arbeidsliv» eller IA-avtalen. I den er sykefraværreduksjon første og høyest prioriterte delmål, selv om også inkludering av eldre og funksjonshemmede er med.

Samfunnsforskere har pekt på at kampanjene mot sykefravær og for inkludering kan ses som ledd i en bevisst politisk strategi for å legitimere reduksjoner i trygdeytelsene (hakeparentesene er våre tilføyelser) (9):

«– krafttaket [for seniorpolitikk i arbeidslivet] og intensjonsavtalen [om et mer inkluderende arbeidsliv kan] tolkes som et første skritt på veien mot innstramninger i de norske inntektssikringsordningene: Ved å være villige til å forsøke alternative tiltak og grep, reder myndighetene grunnen for eventuelle senere innstramninger. I en begrenset periode (fram til 2005), satses det på frivillighet og informasjons- og holdningskampanjer. Samtidig trues det med en hardere strategi dersom ikke den myke tilnærmingen viser seg å ha ønsket effekt. Dette budskapet er klart formulert i IA-avtalen, men kan tidvis også skimtes i diskusjonene rundt AFP. I et slikt perspektiv kan den økte vektleggingen av arbeidsgivers ansvar for forebygging og integrering i Norge like mye oppfattes som en indirekte strategi eller brekkstang for å få godkjent ønskede endringer i pensjons- og trygdesystemet, [i stedet for] som en selvstendig strategi for forebygging og inkludering i seg selv (...). Den tyngste byrden ved eventuelle fremtidige endringer i sykelønns- og førtidspensjonsordningen, (...) synes likevel å ville plasseres på arbeidstakerne, gjennom ulike innstramninger av inntektssikringsordningene.»

Sykefraværet har ikke latt seg påvirke merkbart av kampanjene. Hvis vi holder fast ved samfunnsforskernes perspektiv betyr dette paradoksalt nok at de har tjent sin hensikt. Den manglende effekten på fraværet har ryddet vei for viktige endringer i reglene for sykmelding, noe som blant annet har medført svekket personvern for den sykmeldte (10). Arbeidstakere har fått plikt til å informere arbeidsgiver om sin «funksjonsevne», ellers kan de miste retten til sykepenger. Opprinnelig var også legene tiltenkt en tilvarende informasjonsplikt (10).

Begrepet funksjonsevne er svært uklart, det samme er grensene for pasientens/arbeidstakerens informasjonsplikt. Også Datatilsynet er bekymret: ««Inkluderende arbeidsliv» gir et skinn av at arbeidsgiver kan kreve mer av arbeidstaker enn det som følger av loven. Det blir derfor viktig at arbeidstaker ikke føler seg forpliktet til å oppgi flere opplysninger enn de som har direkte tilknytning til utredning av hensiktsmessige tiltak for tilbakeføring til arbeidet, og gjennomføringen av disse tiltakene.» (11).

Tradisjonelt har sykefraværet vært arbeidsgivers og eiers bekymring. De blir rammet av produksjonstap og driftsforstyrrelser, og har gjennom tidene alltid forsøkt å bekjempe «uberettiget» fravær hos sine ansatte. De tilsluttede oppgave har vært å beskytte de ansattes rett til sykefravær, og ikke minst retten til å tie om helseproblemer sine hvis man ønsket det. Fra og med 1990 har LO-NHO-kampanjene legitimert en ny åpenhet. Mange oppfatter den som entydig positiv. Slik beskrives den i evalueringsrapporten etter den første kampanjen:

«Prosjektet (...) har hatt en viktig direkte virkning på beslutningstakere på mange nivå, helt ned til den enkelte arbeidstaker (...). Denne effekten synes å ha rokket ved selve normgrunnlaget for vurdering av sykefravær som et samfunnsmessig problem. Reaksjoner som går igjen i evalueringen, er at det nå er blitt lettere og mer legitimt å ta opp spørsmål om sykefravær på arbeidsplassene (...) gjør det mulig å håndtere problemstillinger knyttet til sykefravær på en mer åpen måte enn tidligere. Dette er i seg selv et positivt resultat.» (3).

Åpenhet som innebærer utveksling av personopplysninger om andre, er lovregulert. Ifølge Datatilsynet kan for eksempel ikke tillitsvalgte ved å underskrive på IA-avtalen samtykke på vegne av de ansatte til at det behandles personopplysninger om dem (11). Langtidssykmeldte kan samtykke til at andre får tilgang til legeopplysninger. Men samtykket kan vanskelig regnes som frivillig når det gis for å unngå

arbeidsløshet eller tap av sykepenger. Leger kan ha grunn til insistere på sin taushetsplikt i all denne åpenheten, selv om det skulle bli tolket som manglende samarbeidsvilje.

Fravær måler verken helse eller arbeidsmiljø

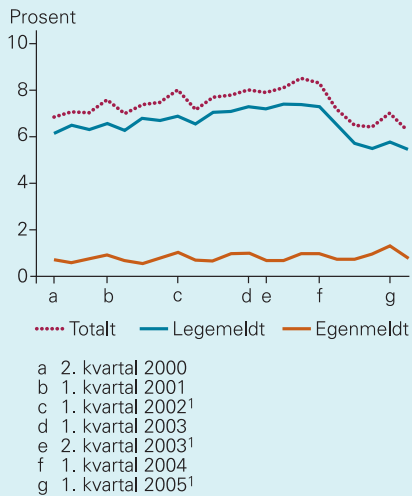
Lav fraværspersent betyr verken god helse hos de ansatte eller høy arbeidsmiljøstandard. Riktignok fortelles det mange historier om hvordan fraværspersenten falt da man foretok seg fornuftige ting med arbeidsmiljøet. Men sammentreff i tid betyr ikke årsakssammenheng. Resultatene som når offentligheten preges i tillegg av publisasjonsbias. Gode forebyggende tiltak som faller sammen med økende fravær, risikerer å bli klassifisert som mislykket og får ingen omtale.

Fraværspersenten, som er standardmålet for fravær, sier bare hvor mange prosent fraværslagene utgjør av det totale antallet mulige arbeidsdager i avdelingen, bedriften eller i norsk arbeidsliv i en bestemt periode. Den er et mål for svinn eller produksjonstap på grunn av fravær, og har vært i bruk i industrien i generasjoner. NHO har registrert tall for arbeidere og funksjonærer innen sitt område siden 1970-årene (12). Siden 2000 registreres fraværspersenten kvartalsvis av Statistisk sentralbyrå for hele yrkesbefolkningen.

Under ellers like forhold vil det prosentvise produksjonstapet gjenspeile sammensetningen av arbeidsstyrken. Jo større andel med fraværbehov over gjennomsnittet, jo høyere produksjonstap på grunn av fravær. Her ligger målkonflikten i IA-avtalen. Dersom man virkelig inkluderer flere eldre og kronisk syke i arbeidslivet, vil det prosentvise svinnet på grunn av fravær øke. De viktigste tiltakene mot sykefravær, kan derfor litt humoristisk oppsummeres slik: «För att få verklig bukt med problemet (sykefraværet, vår anm.) måste dock populationen förnygras med tio år, kvinnorna fördrivas från arbetsmarknaden, karenperiod införas och frånvarokontrollen skärpas» (13).

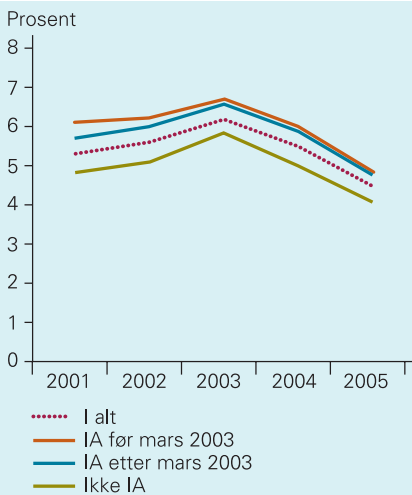
Produksjonstap er viktig i et bedrifts- og nasjonaløkonomisk perspektiv. Men det er ingen indikator for arbeidsmiljø og helse. Derfor er det helt misvisende når bedrifter bruker fraværspersenten som såkalt nøkkeltall eller HMS-tall for arbeidsmiljøstandard, eller når lav fraværspersent brukes som suksesskriterium for effektivt forebyggende helsearbeid. Lavt produksjonstap eller lav fraværspersent kan være forenlig både med lav arbeidsmiljøstandard og dårlig helse hos de ansatte. Dette ser man for eksempel i tider med arbeidsløshet, blant midlertidig ansatte, eller i land uten sykelønnsordning.

Figur 1



Legemeldt og egenmeldt sykefravær kvartalsvis fra 2. kvartal 2000 til 2. kvartal 2005, ifølge Statistisk sentralbyrå. Tapte dagsverk pga. egenmeldt og legemeldt sykefravær for arbeidstakere 16–69 år, i prosent av avtalte dagsverk

Figur 2



Legemeldt sykefravær 2. kvartal 2001–2005 i bedrifter med og uten IA-avtale, og etter tidspunktet for når avtalen ble inngått, ifølge Rikstrykdeverket

Hva er passe fravær?

Legeforeningen har uten motforestillinger sluttet seg til IA-avtalens mål om sykefraværreduksjon på 20 % (14). Har vi belegg for å godta premisset om at fraværnsnivået i 2001 var 20 % for høyt? Dette var siste år NHO publiserte sin fraværnsstatistikk. Pussig nok var fraværet i NHO-området igjen praktisk talt det samme som i reform-

året 1977. Men altså «for høyt». I Sverige er regjeringens ambisjoner enda større, der skal sykefraværet halveres fra 2002 til 2008 (15).

Vi vet at store yrkesgrupper har betydelig sykenærver, det vil si at de går på jobb selv om de føler at det ville vært best for dem å holde seg hjemme. Fra svenske undersøkelser vet vi at dette spesielt gjelder grupper med ansvar for pasienter, klienter eller elever, og grupper der det går ut over kolleger når man er borte, for eksempel i forbindelse med turnus- eller skiftordninger (16). Relativ underbemanning gjør det enda vanskeligere å være borte fra jobb. En seriøs vurdering av fraværstferden i Norge må ta høyde for at nettofraværet i mange grupper like gjerne kan være for lavt som for høyt, sett i forhold til hva som fremmer helse og forebygger sykdom.

Normative fortolkninger av fraværet som «for høyt» eller «for lavt», gjenspeiler verdvalg og prioriteringer hos den som uttaler seg. Når også sykefraværstferdene i så stor grad fortolker fraværstall normativt, sier det litt om styrken bak den rådende doxa på dette feltet (17). For en arbeidsgiver med trang økonomi eller en finansminister som vil bruke pengene til noe annet, er ethvert fraværnsnivå for høyt. For kronisk syke kan fraværnsnivået i bedriften de måtte forlate, være for lavt. Blant legene er det fra gammel av bare bedriftslegene som har brydd seg om fraværnsnivået. En mangeårig bedriftslege og overlege i Arbeidstilsynet formulerte følgende om passe sykefravær (18): «Å akseptere det nåværende sykefravær som det er, vil være riktig hvis sykefraværets nåværende høyde betyr en helsemessig og sosial fordel for de ansatte.»

Hvorvidt reduksjon av sykefraværet får negative helsemessige eller sosiale konsekvenser for arbeidstakerne, avhenger av hvordan og hvorfor fraværreduksjonen oppstår. Når fraværreduksjonen er en følge av økende arbeidsløshet, som tidlig på 90-tallet, eller av dårligere sykelønn, som i Sverige på samme tid, er det knapt «en helsemessig og sosial fordel for de ansatte».

I 2004 falt fraværnsprosenten i Norge plutselig kraftig, mest markert mellom 2. og 3. kvartal, før det stabiliserte seg igjen (fig 1). Fraværet falt i alle bedrifter, med eller uten IA-avtale (fig 2). Dette var den tilskattede effekten av nye sykmeldingsregler fra 1.7. 2004. Bruken av aktiv sykmelding ble begrenset og legene ble oppfordret til å bruke gradert fremfor full sykmelding. Reduksjonen av fraværet må i stor grad tilskrives regelendringen.

Gradert sykmelding har tidligere møtt motstand fra arbeidsgiverne. Det kan virke vanskelig å tilrettelegge for en halvt sykmeldt

og få full valuta for lønnsutgiftene. I noen grad kan regelendringen stimulere til tilrettelegging, i noen grad legger den press på arbeidskolleger om avlastning. Og iblant blir det verken tilrettelegging eller avlastning, og pasienten selv må ta hele støytet. Hvis arbeidsgiver opplever regelendringen som en overføring av mer økonomisk ansvar ved sykmelding, kan prisen for lavere fravær bli økt utstøting og mer seleksjon ved nyansettelser. I Nederland er man foreløpig langt foran Norge når det gjelder å pålegge arbeidsgiverne økonomisk ansvar for sykmeldte. Der er resultatet dessverre en omfattende, helsebasert seleksjon: «44 prosent av arbeidsgiverne innrømmer at de foretar helseundersøkelser eller spør helse-relaterte spørsmål på intervju før nyansettelser, selv om dette ble ulovlig i 1998» (6).

«Fraværforebygging» er ikke helsearbeid

Da nyordet sykefraværforebygging dukket opp i 1990-årene, slo Oslos mangeårige professor i forebyggende medisin, Tor Bjerkedal, det fast for studentene: «Leger skal forebygge sykdom, ikke sykefravær.»

Poenget er at sykefravær kan «forebygges» svært effektivt uten å redusere sykkeligheten. Redusert produksjonstap på grunn av fravær oppnås enklere, raskere og sikrere på andre måter enn ved arbeidsmiljøforbedring eller styrket folkehelse. I arbeidslivet har dette alltid vært en kjent sak. På 1800-tallet stanset arbeidsgiver ganske enkelt lønnen ved fravær, slik det står i arbeidsreglementet vi har sitert innledningsvis. I et hefte fra 1942 diskuteres reduksjon av fravær i krigsviktig industri (19). Tiltakene er helsebasert seleksjon, spesielt legekontroll av jobbsøkere, og atferdsmodifikasjon ved bonus eller straff. Dessuten anbefales skade- og sykdomsforebygging og rask medisinsk behandling. Alle fravær bør kontrolleres for hvorvidt de er «gyldige», gjerne med bedriftslegens hjelp. Det foreslås straff i form av lønnstrekk eller permittering uten lønn.

Det er omtrent de samme metodene som brukes til fraværreduksjon i dag. Heller ikke vi kan nøye oss med skade- og sykdomsforebygging hvis bestillingen lyder på rask og demonstrerbar effekt på fraværnsprosenten. Bortsett fra influensavaksinen er det faktisk vanskelig å tenke seg forebyggende helsetiltak som monner på produksjonstapet. Helsebasert seleksjon ved ansettelse eller nedbemanning er langt mer effektivt. Det samme gjelder forskjellige former for atferdsmodifikasjon. Bonusordninger og konkurranse brukes til å skape gruppepress mot fravær. Reduserte sykelønnsytelser eller utrygge ansettelsesforhold kan bidra i samme retning. Rask medisinsk behandling oppnår man i dag ved kjøp av helsetjenester. De som ikke er yrkesaktive, kommer

lenger bak i køen. Slik kan fraværreduksjon komme i konflikt med «helse for alle».

Medisinsk behandling, forebygging og attføring utsetter uførhet og kan hjelpe flere med helseproblemer til å delta i arbeidslivet. Men dette kan lett føre til at det nasjonale fraværet øker. Fraværreduksjon er i seg selv verken helsefremmende eller forebyggende, og det er dermed heller ingen naturlig oppgave, verken for leger eller annet helsepersonell.

Manuskriptet ble godkjent 5.8. 2005.

Litteratur

1. Ot.prp. nr. 68 (1976–77). Om lov om endringer i lov av 17. juni 1966 nr. 12 om folketrygd.
2. Andresen L. Sykefraværprosjektet 1991–1993 SINTEF IFIM Rapport 1994. Trondheim, SINTEF, 1994.
3. Bro E, Lie T, Larsen HS. Sammen om sykefravær. Evaluering av NHO og LOs sykefraværprosjekt. Rapport 120/94. Stavanger: Rogalandforskning, 1994.
4. Wergeland E, Bjerkedal T. Sykefraværdebatten – misbruk av trygd eller misbruk av tall. Norsk Tidsskr Arb Med 1991; 12: 413–8.
5. Norges offentlige utredninger. Sykelønnsordningen. NOU 1990: 23. Oslo: Sosialdepartementet, 1990.
6. Norges offentlige utredninger. Et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27. Oslo: Sosialdepartementet, 2000.
7. Selenius L, Ahonen G. Varför varierar sjukfrånvaron i Norden. Nord 1995: 6. København: Nordisk Ministerråd, 1995.
8. Nyman K, Palmer E, Bergendorff S. Den svenska sjukan – sjukfrånvaron i åtta länder Ds 2002: 49. Stockholm: ESO, 2002. (www.regeringen.se/sb/d/4996/a/36299 (7.6.2005).)
9. Midtsundstad T, Djuve AB, Drøpping JA. Inkluderende arbeidsliv på norsk. Arbeidsnotat nr. 1 2003: 13. Oslo: FAFO, 2003. (www.faf.no/PUB/rapp/711/711.pdf (7.6.2005).)
10. Wergeland E. Arbeidsgiver som portvakt for trygden? Tidsskr Nor Lægeforen 2004: 124: 2470.
11. Behandlingsgrunnlag for Inkluderende arbeidsliv. Sak 2003/1342. Dok 4. Notat 14.08.2003. Oslo: Datatilsynet, 2003.
12. Gjesdal S. Sykefraværets utvikling i Norge 1975–2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 742–5.
13. Kangas O, sitert i Lidwall U, Örnhall S. Sjukpeningreformernas effekter på sjukfrånvaron, med hensyn tagen till arbetsmarknadssituationen. – En analys av reformerna 1987 og 1991. Stockholm: Nationalekonomiska Institutionen, Stockholms Universitet, 1991.
14. Bakke HK. Inkluderende arbeidsliv – legene må ta sin rolle på alvor. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 221.
15. www.regeringen.se/sb/d/5479/a/42687 (7.6.2005).
16. Aronsson G, Gustafsson K. Sjuknärvaro – förekomst och utvecklingstendenser. Arbete och Hälsa 2002: 08. Stockholm: Arbetstlivsinstitutet, 2002.
17. Wergeland E. Sykefraværprosenten – hva måler den egentlig? Tidsskr for velferdsforskning 2004: 7: 100–7.
18. Bruusgaard A. Bedriftslegen som kontrollorgan? Tidsskr Nor Lægeforen 1972; 92: 1456–7.
19. Sayers RR. More manpower through reduction of absences. Pittsburgh: Industrial Hygiene Foundation, 1942.