

Ulike typer sykefravær

Sykmelding og sykefravær er kompliserte sosiale prosesser. Vi foreslår en ny inndeling for å klargjøre ulike begrunnelser for sykefravær der vi opererer med fem kategorier. En slik inndeling vil kunne være av verdi i klinisk praksis, i trygdemedisinsk forskning og i tiltak for å påvirke sykefraværet.

Dag Bruusgaard

dag.bruusgaard@medisin.uio.no

Bjørgulf Claussen

Seksjon for sosialmedisin
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Sykmelding og sykefravær er kompliserte sosiale prosesser med flere aktører, og ulike inndelinger og begreper er benyttet i beskrivelsen av dem. En måte er å ta utgangspunkt i den sykmeldingsdiagnosen legen angir ved første sykmelding. En annen er å beskrive den ved hjelp av det eksisterende regelverket; hvorvidt fraværet er innenfor eller utover arbeidsgiverperioden, eller om det er egenmeldt eller legeattestert fravær. En inndeling som ofte brukes både nasjonalt og internasjonalt, er korttidsfravær og langtidsfravær. Her brukes imidlertid delingspunktet ulikt. I Norge er inndeling i over og under åtte uker ofte blitt benyttet, blant annet fordi åtte uker har vært et «vendepunkt» i trygdemessig sammenheng med krav om tilleggsinformasjon om funksjon og arbeidsevne. Inndelinger basert på et nasjonalt regelverk vil variere med endringer i regelverket. For eksempel er det foreslått økt arbeidsgiverperiode og lengre egenmelding, noe som gjør slike regelbaserte inndelinger lite egnet til å monitorere fraværet og å forstå fraværsmekanismene bedre.

I denne kronikken vil vi lansere en alternativ inndeling basert på ulike begrunnelser for sykefravær. Denne inndelingen vil ses i relasjon til lov om folketrygd, sykmeldernes rolle og forsøk på å påvirke sykefraværet. En slik inndeling vil først og fremst kunne være av verdi i klinisk praksis, men også i trygdemedisinsk forskning og i tiltak for å påvirke sykefraværet.

Folketrygdloven

Folketrygdloven § 8-1 sier: «Formålet med sykepengene er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive med-

lemmer som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade» (1). § 8-4 utdyper dette og anfører at «sykepenge ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade.» Paragrafen har dessuten en tilføelse der det står: «Sykepenge ytes også til den som må være borte fra arbeidet (...) b) fordi vedkommende er under behandling og legen erklærer at behandlingen gjør det nødvendig at vedkommende ikke arbeider.»

Dermed har vi juridisk grunnlag for å sykmelde dem som er for syke til å gå på jobb og dem som trenger avlastning som ledd i vår behandling. Samtidig er vi forpliktet av helsepersonelloven § 6 som sier at «helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.» (2).

Vi foreslår fem kategorier sykefravær, som vi har valgt å kalle absolutt funksjonsfravær, jobbrelatert funksjonsfravær, relativt funksjonsfravær, behandlingsfravær og forebyggingsfravær. Vi vil i det videre diskutere ulike kliniske og juridiske aspekter ved disse fraværskategoriene.

Absolutt funksjonsfravær

Dette gjelder tilstander der alle uansett yrke ville måtte være fraværende på grunn av funksjonssvikt, slik som alvorlige skader og alvorlige psykiske lidelser. Slikt fravær dekkes av lov om folketrygd. Gradert sykmelding eller tilpasset arbeid er ikke aktuelt. Noen medisinsk attestering er knapt nødvendig. Det absolutte funksjonsfravær er relativt uinteressant i diskusjonene om metoder for å påvirke sykefraværet.

Vi mangler informasjon om størrelsen på dette fraværet. Kanskje er det større enn vi tror når vi vet at det blant annet dekker lange sykehusopphold.

Jobbrelatert funksjonsfravær

Denne kategorien er knyttet opp mot yrke. Den beskriver fravær som alle i et gitt yrke ville få med de aktuelle symptomene. Eksempelvis vil en akutt lumbago kunne gjøre det mulig å gjennomføre en kontorjobb, men ikke en jobb som hjelpepleier på

sykehjem. Våre lønnskompenserende trygdeordninger gjelder i prinsippet ethvert egnet arbeid, men sykmelding fra aktuelt yrke godtas til en viss, ikke nærmere definert grense i tid. Fravær innenfor denne kategorien vil kunne unngås eller begrenses ved tilbud om alternative arbeidsoppgaver. Her er det en avveining av symptomer mot arbeidsoppgaver som legen og pasienten må gjøre sammen, medisinsk kunnskap alene strekker ikke til. Hvor stor andel av de sykmeldte som inngår i denne gruppen, er usikkert.

Det jobbrelaterte funksjonsfraværet representerer en utfordring, først og fremst for arbeidslivet. Tilpasset arbeid er en mulig metode som ikke alltid utnyttes optimalt. Fra økonomisk hold hevdes det at et dagsverk mindre fravær tilsvarer et dagsverk vunnet i produksjon. Dette er ikke umiddelbart riktig. Halvsyke på jobb yter ikke full innsats og kan i verste fall innebære mer problemer enn produksjonsgevinst.

Relativt funksjonsfravær

De færreste sykdommer gjør det umulig å utføre noe arbeid. Det gjelder tilstander der de fleste ville kunne gå på jobb hvis mye var på spill økonomisk, praktisk eller personlig, men der jobben ville medføre så stort ubehag i form av smerter eller andre symptomer at de fleste ville bli hjemme med god samvittighet.

Her er det altså ikke snakk om full arbeidsuførhet i snever forstand, og det kan diskuteres hvorvidt slikt fravær er hjemlet i loven. Når symptomer og ubehag er viktigste fraværsgrunn, vil gradert eller tilpasset arbeid knapt være hensiktsmessig. Strengt tatt mangler vi medisinsk kompetanse til å overprøve det ubehaget det dreier seg om, men vi velger som oftest å stole på pasientenes utsagn.

Erfaring fra praksis tilsier at det relative funksjonsfraværet utgjør en stor del, kanskje den største delen av det totale sykefraværet, en type fravær som både er avhengig av den enkeltes toleranse for plager og samfunnets aksept for fravær.

Det relative funksjonsfraværet represen-



Illustrasjon Stein Løken

terer den delen der det potensielt er mest å hente på tiltak for å holde folk i jobb. Dette fraværet vil være mer avhengig av arbeidskrav og toleranse for plager enn av hvilken diagnose det gjelder. Når det er tegn til at fravær går ned med økt anledning til egenmelding, er det rimelig å anta at det dreier seg om personer i denne gruppen. Det kan være lettere å bli hjemme med plagsomme symptomer hvis legen attesterer det, enn selv å stå ansvarlig overfor arbeidsgiver og kolleger. Også her gjelder selvsagt problemet med de halvsyke arbeidstakerne som kan representere både tilpasningsproblemer og smittefare.

Behandlingsfravær

For noen er fravær nødvendig som ledd i behandlingen. Selv om troen på inaktivitet som behandlingsmetode er gradvis svekket de senere årtier, er det stadig tilstander der det ikke er medisinsk tilrådelig å fortsette å arbeide fordi det vil kunne sinke den spontane helbredelsesprosessen eller svekke effekten av behandlingstiltak. Rekonvalesens etter inngrep og skader kan være eksempler på slikt fravær i forbindelse med akutte tilstander. Vel så ofte gjelder det til-

stander der en arbeidstaker går på jobb på tross av vedvarende plager med håp om at igangsatt behandling skal virke, men der legen på et gitt tidspunkt anser fravær fra jobb som nødvendig for å oppnå optimal behandlingseffekt. Sykmelding vil da kunne være formålstjenelig uten at funksjonsnivået nødvendigvis er blitt mer redusert. Slike tilstander kan som eksempel være en behandlingsresistent skuldertendinit eller en vedvarende depressiv tilstand. Slikt fravær er hjemlet i folketrygdloven § 8-4. Denne paragrafen er ukjent for mange, og den egne rubrikken på sykmeldingsskjemaet for slike situasjoner brukes sjelden.

Gradert sykmelding eller tilpasset arbeid kan være et alternativ. I slike tilfeller står medisinsk vurdering sentralt. Heller ikke her har vi noen begrunnet antakelse om størrelsen på gruppen.

Forebyggingsfravær

Det er allmenn enighet om behovet for et inkluderende arbeidsliv. Det vil si at vi ønsker et arbeidsliv som også kan nyttiggjøre seg arbeidet til personer med redusert arbeidsevne. Mange av disse har problemer

som varierer i intensitet, og de kan ha behov for lengre og flere avbrekk enn det som er hjemlet i ferieloven for at de skal klare å holde seg yrkesaktive. De vil være avhengig av sykmelding i spesielt vanskelige perioder for å hindre varig uførhet. Slike fravær kan ses på som ledd i forebygging og er ikke åpenbart hjemlet i folketrygdloven. Slike «forebyggingsfravær» kan imidlertid også ses på som et ledd i behandling og vil da falle inn under § 8-4.

Tilpasset arbeid eller delvis sykmelding kan være et alternativ. Medisinsk kompetanse er viktig for å ta slike avgjørelser og for å støtte personer som ellers ikke ville klare å sykmelde seg selv og dermed stå i fare for å måtte resignere på arbeidsmarkedet. Vi har ingen data eller tilgjengelig empiri som skulle tilsi hvor stort dette fraværet er.

Behandlings- og forebyggingsfravær er altså ikke begrunnet i funksjonstap, men er tiltak som ledd i medisinsk intervensjon der tilfriskningen forsinkes eller sykdomsprosessen forverres ved fortsatt full arbeidsinnsats. Dette er basert på vanskelige medisinske avveininger. Det er nå etablert kunnskap at inaktivitet i seg selv sjelden er

tilstrekkelig som ledd i behandling, og mye har skjedd siden etterkrigstidens passive kuring av selv funksjonsfriske tuberkuløse ungdommer.

Hvorvidt arbeidsfravær fremskynder behandlingsresultat, er ikke dokumentert, ei heller hvorvidt en «time out» i ny og ne kan bidra til å forebygge varig uførhet. Det er rimelig å anta at det er ulike syn blant legene på slik bruk av sykefravær som ledd i behandlingen.

Vurdering av behandlings- og forebyggingsfravær må uansett baseres på individuelle vurderinger der både funksjonssvikt, ressurser og arbeidsforhold må inkluderes. Dette gjør at generelle veiledende «satser» for sykmeldingslengde ved ulike diagnoser ikke er særlig nyttige.

Avslutning

Sykmelding og sykefravær er kompliserte prosesser. Hvis vi ønsker å forstå og å påvirke sykefraværet, må vi skille mellom ulike typer fravær.

Vi har i denne artikkelen ikke inkludert inndeling i korttids- og langtidsfravær, en dimensjon som ofte er blitt benyttet i sykefraværsdebatten. Fraværslengde er neppe et godt inndelingskriterium hvis målet er et inkluderende arbeidsliv. Her ville det være rimeligere å inndele i fravær (det være seg langt eller kort) hos personer som står i fare for å bli varig uføre, og fravær hos personer som med stor sannsynlighet vil komme tilbake i arbeid.

Vårt forslag inneholder altså tre kategorier der ulike grader av funksjonstap sammenholdes med krav i arbeidet, og to kategorier for behandling og forebygging av funksjonstap. For klinikere er antakelig denne inndelingen nyttig for å ta standpunkt i de mange utfordringene som sykefravær-arbeidet representerer. Også i forskning er det behov for mer differensiering av sykefravær enn det som har vært vanlig til nå. I den offentlige debatten er det viktig å være klar over at ulike tiltak har effekt på ulike typer fravær.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven). www.lovdata.no/all/hl-19970228-019.html (17.6.2010).
2. Lov av 2.juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html (17.6.2010).

Manuskriptet ble mottatt 7.5. 2010 og godkjent 17.6. 2010. Medisinsk redaktør Anne Kveim Lie.