



Hva kan vi lære fra Nederland om å forebygge og begrense sykefravær og utstøting fra arbeidslivet?

Bjørn Halvorsen, Nordens Velfærdscenter (NVC)
5. November 2010

Dette notatet er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i Norge for det Offentlige utvalget om sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren (Almlid-utvalget). Oppdraget går ut på å ta utgangspunkt i "den nederlandske modellen" med mye ansvar for virksomheter/arbeidsgiver for å forebygge og begrense sykefravær og uførepensjonering, og på det grunnlag gi aktuell og relevant kunnskap om spørsmål som gjelder:

- *Arbeidsgiveres og arbeidstakeres forpliktelser og rettigheter på dette området*
- *Hvordan innretter i hovedsak virksomhetene seg for å få til dette?*
- *I hva grad er det overlatt til private rehabiliteringsbedrifter, forsikringsselskaper etc?*
- *Skjer det sektor-, bransje- eller virksomhetsbasert samarbeid etc?*
- *Hvordan arbeides det med forebyggings- og oppfølgingsarbeid i praksis?*
- *Resultater og eksempler?*

Formålet er at noe av dette kan bidra til ideer og innspill for Almlid-utvalgets arbeid.

Innhold

<u>Avsnitt</u>	<u>side</u>
Del I Oversikt og sammenfatning	
1. Oversikt over arbeidsdeltaking, arbeidsløshet, sykefravær og uførepensjonering i Nederland.....	2
2. Kort om arbeids- og sosialpolitikken og –systemet i NL.....	2
3. Hva kan vi lære av NL (sammenfatning).....	3
Del II Reformene i Nederland	
4. Kort om reformhistorien.....	4
5. Resultater – utvikling i sykefravær, uføretrygding og arbeidsdeltaking...	4
6. Litt om unge funksjonshemmede.....	5
Del III Hva skjer på arbeidsplassen?	
7. Innledning – noen spørsmål og besvarelser.....	5
8. Arbeidsgiveres og arbeidstakeres ansvar og forpliktelser.....	5
9. Hvordan følges sykefravær opp i virksomheter og på arbeidsplassen?....	6
10. Samarbeid med andre aktører.....	7
11. Forebyggende innsatser på arbeidsplassen.....	8
12. Store og små virksomheter, nærings- og bransjeforskjeller.....	9
13. Helsesektoren.....	10
14. Reform-evaluering.....	11
<i>Kilder / referanser.....</i>	<i>13</i>
<i>Vedlegg 1 Oversikt over viktige reformer i Nederland.....</i>	<i>14</i>
<i>Vedlegg 2 Figurer om utvikling i sykefravær og uføretrygding.....</i>	<i>15</i>

Del I Oversikt og sammenfatning

1. Arbeidsdeltaking, arbeidsløshet, sykefravær og uførepensjonering i Nederland

Nederland har en samlet arbeidsdeltakingsrate og arbeidsløshetsrate omtrent på linje med Norge og de øvrige skandinaviske land. NL ser også ut til å klare seg relativt godt igjennom den aktuelle finans- og økonomikrisa. Noen nøkkeltall for Nederland i hhv 1999 og 2009:

<u>Nøkkeltall – arbeidsmarkedet i Nederland:</u>	<u>1999</u>	<u>2009</u>
Samlet arbeidsdeltaking (% av befolkning 15-64 år)	70,8	75,8
” ” , kvinner	61,1	70,6
” ” , seniorer 55-64 år	34,9	52,6
Samlet arbeidsledighetsrate (5 av arbeidsstyrken)	3,6	3,9
Ungdomsledighet (% av arbeidsstyrken 15-24 år)	7,1	7,3
Midlertidig ansatte (% av alle ansatte)	12,0	18,3
Deltidsansatte (% av alle ansatte)	30,4	36,7
Samlet sykefravær (% av alle potensielle arbeidsdager)	6,2	4,3
Nye uførepensjonister (% av befolkningen 16-64 år)	1,3	0,4

Arbeidsdeltakingen i Nederland er generelt relativt høy, bare litt lavere enn i Norge (hhv 76% og 78 %). Deltakingen har økt betydelig i de siste 10 årene, og økingen har vært betydelig sterkere enn i Norge (77% i 1999). Deltakingen er også relativt høy blant kvinner og seniorer, sammenlignet med de fleste OECD-land, men her ligger Nederland noe lavere enn i Norge. Arbeidsløsheten er også relativt lav og stabil og på linje med Norge. Andelen midlertidig ansatte er relativt høy og har steget mye. Det samme gjelder også antall deltidsansatte. Sykefraværet er betydelig lavere enn i Norge (hhv ca 4 % og ca 7 %), og det har gått mye ned. Tilgangen til uførestønad har gått kraftig ned – en nedgang på 2/3 siden 1990. Tilgangsraten (% av befolkning 16-64 år) er nå langt lavere enn i Norge, mens den var omtrent som i Norge for ca 10 år siden. Antall *unge* på uførestønad øker imidlertid foruroligende (avsnitt 6 og 14).

2. Kort om arbeids- og sosialpolitikken og –systemet i Nederland

Nederland har:

- *Økonomisk og sosial trygghet* for yrkesaktive ved arbeidsløshet, sykdom og uførhet som er om lag på linje med Norge. Det er lavere minimumskompensasjon ved sykefravær (70%), men de fleste arbeidstakere i faste og regulerte arbeidsforhold og bedrifter har supplerende tillegg gjennom kollektive avtaler. De er enten organisert gjennom kollektive eller private forsikringsselskaper eller direkte finansiert av virksomheten.
- Det er lagt langt større og stigende vekt på bruk av *økonomiske insentiver* for å forebygge og begrense sykefravær og uførepensjonering.
- Ansvar og insentiver er fortrinnsvis knyttet til *virksomhetene / arbeidsgivere*, men også til arbeidstakere og offentlige aktører i systemet. Arbeid skal alltid lønne seg – for alle parter, men særlig for virksomhetene. ”Polluter pay” prinsipp overfor arbeidsgivere / virksomheter som har høyt sykefravær og omfattende utsøting.

3. Hva kan vi lære fra Nederland?

3.1 Om reformene og reformprosessen

Nederland har:

- satt disse problemstillingene høyt på den politiske dagsorden, og tatt dem på alvor
- hatt stor gjennomføringsevne og stayerevne – de har holdt trykk på dette i over 20 år.
- tilpasset og justert reformene når problemer har oppstått, men hele tiden holdt stø kurs
- hatt tilnærmet politisk konsensus om reformene og behovet for dem
- oppnådd bemerkelsesverdig gode resultater, sett i forhold til målene
- gjennomført og satt i gang diverse evalueringer av reformene.

Noen lærdommer:

- *Langsiktig, systematisk og djerv satsing gir resultater!*
- *Økonomiske insentiver virker!* Først og fremst overfor arbeidsgivere/virksomheter.
- *"Innsider /outsider"* - motsetninger forsterkes. Det har blitt lagt stadig mer vekt på å få tilbake i arbeid de som allerede har et arbeidsforhold. Men på den annen side tilbakeholdenhet med å ansette nye i faste forhold.
- Det gjelder ikke minst dersom de har *nedsatt helse/funksjonshemming*. Arbeidsgiver pådrar seg stort ansvar for ansatte med svak helse.
- *"0-risk policy"* skal motvirke ekskludering av personer med nedsatt helse. Utvida offentlig ansvar, fritak for arbeidsgiverpremier, offentlig tilrettelegging og støtte.
- Arbeidsdeltakingen blant personer med nedsatt helse har økt noe, men fortrinnsvis blant de som har et arbeidsforhold
- Antall *unge uførestønadsmottakere* øker foruroligende, og de gjør noe med det, men resultatene er usikre – i hvertfall foreløpig
- Systematisk *evaluering* brukes til å lære og for å justere og forbedre som ledd i reformarbeidet og gjennomføringen av det.

3.2 Om gjennomføring og praksis i virksomheter, på arbeidsplasser og i sektorer/bransjer

Noen sentrale kjennetegn og potensielle lærdommer:

- *Arbeidsgiver* har fullt ansvar for lønn under sykdom og å sørge for rehabilitering
- En tett *oppfølging* og en individuell handlingsplan, med konsekvenser for begge parter om dette ikke blir skikkelig gjennomført
- Det legges stor vekt på at arbeidsgiver og arbeidstaker har *felles og gjensidig ansvar* for å komme tilbake i arbeid ved sykdom / nedsatt helse
- *Bedriftshelsetjeneste* og HMS-arbeid er viktig, - og brukes aktivt og økt betydning.
- Det legges vekt på forebyggende HMS-arbeid i treparts samarbeid mellom arbeidslivets parter og myndigheter på sektor- og bransjenivå.
- Det samarbeides med *mange aktører*. Det har blitt et stigende marked for private rehabiliteringsvirksomheter og forsikringsvirksomhet.
- Tyngdepunktet er på *virksomhetsplan* og i samarbeid på bransjeplan. ("Bottom-up")
- Det er store forskjeller mellom hhv *store og små virksomheter* og mellom bransjer
- *Helsektoren* har relativt høyt sykefravær. Personaltrygghet er ansett som den viktigste helserisikoen, med bakgrunn i opplevd aggresjon, trakassering, vold og trusler om vold etc. Det er satt i gang diverse innsatser for å forebygge og motvirke dette.
- Det gjennomføres og brukes systematisk evaluering også som ledd i implementeringen

Del II Reformene i Nederland

4. Kort om reformhistorien

Her følger en kort sammenfatning av forhistorien om reformene knyttet til sykefravær, uførestønad og arbeidsinkludering i NL ca siste 20 år. Bakgrunnen var i korthet en situasjon på 1980-tallet, som kanskje kan minne litt om situasjonen i Norge i dag:

- Økonomien blomstret. Funn og utvinning av olje i Nordsjøen etc
- Relativt høy yrkesdeltaking og lav arbeidsløshet sammenlignet med andre EU-land
- Veldig høyt og stigende sykefravær og uførepensjonering.
Ca 8 % sykefravær og ca 10 % uføre.
- Mange var utenfor eller i randsonen av arbeids- og samfunnsliv og på sosialhjelp
- Det hadde utviklet seg et ”utenforskap blant mange innvandrere over flere generasjoner
- Relativt god helse i befolkningen målt ved objektive kriterier. Ingen forverring.

En snakket om en ”nederlandsk syke” (*dutch disease*). Svaret var: arbeidsdeltaking, arbeidsdeltaking, arbeidsdeltaking. Senere statsminister Ruud Lubbers gikk til valg og vant valget og ble leder for en koalisasjonsregjering som hadde til hovedformål å ”kurere den nederlandske syken”. Det skulle regjeringen gjøre i nært og gjensidig treparts samarbeid mellom hhv regjeringen og de sentrale arbeidstaker- og arbeidstakerorganisasjonene. Det har de gjort – ved et omfattende, systematisk og kontinuerlig reformarbeid over ca 20 år.

I vedlegg 1 er det en kort historisk oversikt over reformene i Nederland på dette området.

5. Resultater – utvikling i sykefravær, uføretrygging og arbeidsdeltaking

Nederland har oppnådd bemerkelsesverdig gode resultater sett i forhold til de målene de har hatt for reformvirksomheten over mange år. Kort oppsummert så har utviklingen i en del sentrale nøkkeltall vært som følger:

- *Sykefraværet er halvert*
Fra 8 % til 6 % 1990-2000 til 4 % i 2005/6 og deretter nokså konstant.
- *Tilgangen av nye uførepensjon har gått ned med ca 2/3*
Fra over 100.000 per år i 1980- og 1990-årene til ca 30-35.000 i 2006 og deretter.
- *Antall uførepensjonister har gått ned med 1/3*
Fra nærmere 1 million i 1990 til ca 600 000 i 2005/2006, og deretter nokså konstant
- *Antall unge funksjonshemmede øker (<30 år) NB!*
Fra ca 7-8.000 nye tilfeller per år i 2001/2003 til ca 16-18.000 nye tilfeller pr år 2008/2009
- *Antall sosialhjelpsmottakere er gått ned med 40 %*
Fra 500. 000 i 1990 til 300.000 i 2006.
- *Arbeidsløsheten har gått ned*
Fra 7 ½ % i 1990 til 3 % 2000. Økt litt igjen ca 4 % 2006 til 2009 og 4 ½ % i 2010
- *Arbeidsdeltakingen har økt*
Ca 30 % flere i arbeid og ca 15 % øking i sysselsettingsraten siden ca 1990 (se avsn. 1).

Arbeidsdeltakingen har også økt noe blant mennesker med varig nedsatt helse / funksjonshemming. Men økningen svarer neppe til den tilsvarende nedgangen i antall mottakere av uførestønad eller økingen i antall avslag på søknad om uførestønad. Veien *inn i arbeid* er da brattere / mer stengt enn veiene *tilbake i arbeid* dersom man har et arbeidsforhold fra før. En får et ”insider-outsider-problem” i arbeidsmarkedet. Det er gjort mye for å unngå dette – først og fremst i form av en ”0-risiko-politikk” overfor arbeidsgivere / virksomheter

som ansetter og har ansatt personer med varig nedsatt helse: Offentlig (mer)ansvar, bortfall av arbeidsgiveravgifter og andre former for subsidiering, tilrettelegging, råd og veiledning etc.

Det har også blitt stadig mer vanlig med midlertidige engasjementer og korttidskontrakter. Fast ansettelse blir det relativt mindre av – liksom i mange andre land i Europa.

6. Unge funksjonshemmede ("wajong")

Antall unge uføre / unge på uførestønad har økt og øker sterkt i Nederland, liksom i Norge og øvrige nordiske land. Psykiske helseplager øker mest, bla ADHD, rus etc). Mange er psykisk utviklingshemmede, og mer enn halvparten av disse bor i institusjon. Det er store regionale forskjeller i forekomst og tilgang. Ikke-vestlige innvandrere er sterkt underrepresentert. Mange har en (deltids)jobb, og "topper" arbeidsinntekten med en "wajong-stønad" (eller omvendt). Men mange mister også jobben. Svingninger i de økonomiske konjunkturer påvirker imidlertid *ikke* dette noe særlig. Arbeidsdeltakingen blant funksjonshemmede varierer ikke mye med konjunktorene – det er mer av et varig, strukturelt problem.

Noen lærdommer:

- NL har nylig innført reformer og jobber kontinuerlig med reformer på dette området.
- Prinsippet er også her at arbeid alltid skal lønne seg – for alle parter.
- "0-risk policy" overfor arbeidsgiver styrkes: Fritak for arbeidsgiverpremier, lønns subsidier, tilrettelegging, støtte informasjon og oppfølging til arbeidsgiver.
- Man erkjenner altså problemet og finner løsninger.
- Foreløpig evaluering tyder på at endringene kan få begrenset virkning (avsnitt 14)

Del III Hva skjer på arbeidsplassen?

7. Innledning – noen spørsmål

For å få supplerende og nærmere kunnskap om dette har vi sendt et enkelt spørreskriv (questionnaire) til hhv Arbeids- og sosialdepartementet og de største, sentrale organisasjonene av hhv arbeidsgivere og ansatte. Vi har også innhentet mer utfyllende svar fra utrednings- og forskningsinstituttet: *Astri Research & Consultancy Group* i Nederland (se referanser).

Vi stilte følgende spørsmål:

- Hva er hhv arbeidsgiveres og arbeidstakeres konkrete *forpliktelser* under sykefravær?
- Er det noen forpliktelser, avtaler eller innsatser for å *forebygge* sykefravær? Hvilke?
- Hvordan utfører virksomheter sitt arbeid med å *følge opp sykefravær i praksis*?
- Hva gjør de vanligvis for å *forebygge* sykefravær?
- I hvilken grad er arbeidet med å følge opp, rehabiliter og reintegrere ved langtids sykefravær *satt ut til private rehabiliteringsfirmaer, forsikringsselskaper* etc?
- Er det noen systematiske forskjeller på hvordan f.eks. *store og små firmaer*, offentlige versus private virksomheter og/ eller i ulike bransjer/næringer?
- Er det noen spesielle utfordringer eller sider ved gjennomføringen av dette ansvaret / disse forpliktelsene som er som er spesielle av spesiell interesse hva gjelder virksomheter og ansatte i *helsesktoren*?

8. Arbeidsgiveres og arbeidstakeres forpliktelser

Lovgrunnlag:

Lov om vilkår for stønad ved nedsatt arbeidskapasitet (Gatekeeper Law 2002).

Lov om fortsatt lønnsutbetaling ved sykdom ("Extension of Obligations" 2004).

Arbeidsgiver har plikt til å betale (syke)lønn i inntil de to første årene ved sykefravær. Sykelønna skal utgjøre minst 70 pst. av lønnsgrunnlaget. *Arbeidsgiver* har også ansvar for å følge opp den sykmeldte og sørge for rehabiliterings- og reintegreringsaktiviteter ved sykdom.

Arbeidstaker (den sykmeldte) har plikt til å melde fra om sykdom, og å delta aktivt i behandling, rehabiliterings- og reintegreringsaktiviteter så snart og så langt som mulig.

Felles ansvar

Gjennom hele sykefraværsperioden opp til 2 år må både arbeidsgiver og arbeidstaker gjøre alt de kan for å bedre den sykmeldtes sjanse til å komme tilbake i arbeid, og for å reintegrere vedkommende i arbeidslivet. ”*Gatekeeper Law*” pålegger arbeidsgiver og arbeidstaker en obligatorisk, stegvis (minimums)prosess i arbeidet med å følge opp sykmeldte og rehabilitere og reintegrere dem. Dette likner tilsvarende ”norsk prosess”:

- *Første sykedag* skal den ansatte melder sykefravær til foresatte/arbeidsgiver, som melder videre til bedriftshelsetjenesten, som er obligatorisk for alle virksomheter.
- *Innen uke 6* skal bedriftslegen/-helsetjenesten lage en ”*problemanalyse*” som identifiserer helse- og arbeidsproblemet, mulig årsak(er) og løsninger.
- *Innen uke 8* skal arbeidsgiver og arbeidstaker ha utarbeidet en *individuell handlingsplan*. Arbeidsgiver skal legge til rette på arbeidsplassen slik at personer med redusert helse kan arbeide der.
- *Innen uke 42-44* skal sosialforsikringsmyndigheten ha foretatt en nærmere vurdering av den sykmeldtes arbeidskapasitet og gjennomføringen av handlingsplanen.
- *Innen uke 90* skal arbeidsgiver og arbeidstaker ha levert en ”reintegrasjonsrapport” til sosialforsikringen, som vurderer videre rehabilitering/reintegrering, eller søknad om uførestønad.
- *Etter 2 år* starter eventuelt forlenget rehabilitering eller uførestønad.

Arbeidsgivers og arbeidstakers felles ansvar omfatter så vel reintegrering tilbake til tidligere jobb, til en annen jobb hos samme arbeidsgiver, eller til en jobb hos en annen arbeidsgiver. Hvis arbeidsgiver *ikke* gjør sitt beste for å reintegrere en sykmeldt ansatt, kan han pålegges å betale sykelønn i opp til 1 år ekstra, dvs inntil 3 år til sammen. Eventuell søknad om uførestønad etter sykelønn i opp til 2 år vil da bli avslått av sosialforsikringen, ved den obligatoriske ”assessment test”. Hvis arbeidstaker ikke gjør sitt til å delta i og gjennomføre rehabiliteringen, vil arbeidsgiver ikke lengre bli pålagt å betale fortsatt sykelønn. Eventuell søknad om uførestønad vil da bli avslått.

9. Hvordan følges sykefravær opp i virksomheter og på arbeidsplassen?

Etter å ha meldt seg syk, kan den sykmeldte bli innkalt til bedriftslegen, eventuelt etter initiativ fra den ansatte selv eller arbeidsgiver/foresatt. 8 av 10 arbeidsgivere har kontakt med den sykmeldte i den første uke med sykefravær / redusert arbeidskapasitet. Det er vanligvis den nærmeste foresatte som har ansvaret for kontakten med den sykmeldte. I ca 1/3 av virksomhetene har den sykmeldte kontakt med bedriftshelsetjenesten innen 2 uker. Halvparten av virksomhetene har ikke noen rutiner for å få i stand slik profesjonell kontakt. ”Problemanalysen” (uke 6) skal lages dersom det er utsikt til at sykefraværet varer lengre.

Handlingsplanen (for bedring og reintegrering) skal bygge på analyse og råd fra bedriftslegen. Gjennomføringen av planen skal jevnlig følges opp og evalueres og justeres om nødvendig. Hvis den reduserte arbeidsevnen varer ved, skal arbeidsgiver utarbeide en

”reintegreringsrapport” som dokumenterer alt som er gjort og gjøres fra alle involverte for at vedkommende kan komme tilbake i arbeid.

I fall det oppstår tvil, uenighet eller konflikt, kan både arbeidstaker og arbeidsgiver rekvirere en ”*second opinion*”, som skal stilles til rådighet fra sosialforsikringsmyndigheten. Før man vurderer eventuell søknad om uførestønad, skal sosialforsikringsmyndigheten vurdere gjennomføringen av reintegreringsplanen, med mulighet for vedtak om fortsatt stønad eller avslag (se avsn. 8).

Om lag 4 av 10 virksomheter bruker finansielle insentiver i form av ikke å ”toppe opp” sykepengene (*minst 70 %*) for å forebygge og redusere sykefravær. Arbeid med helse-, miljø-, sikkerhet og oppfølging av sykmeldte er om lag like utbredt. Det er store forskjeller mellom små, mellomstore og store bedrifter her. Mellomstore og store bedrifter har større kapasitet til ulike former for forebygging, tilrettelegging og oppfølging.

Noen evalueringer og resultater (se også avsnitt 14)

Både sykefravær og tilgangen til uførestønad har gått kraftig ned over tid, og har ”flatet” noe ut siden ca 2005 (se avsnitt 5). ”Nærvær” på arbeidsplassen og arbeidsdeltagelse har økt, men dette gjelder vel og merke personer i fast ansettelse (se avsnitt 5 og 14). Undersøkelser tyder på at foresatte / arbeidsgivere har blitt mer opptatt av personalpolitikk og arbeidsforhold, så vel som sykefraværskostnader. Mange arbeidsgivere klager imidlertid også over nye oppgaver, papirarbeid og tidsbruk. Det gjelder særlig i små bedrifter.

Langtids sykmeldte i små bedrifter (< 25 ansatte) har hatt lavere gjenopptagelse i arbeid enn i store virksomheter (> 100 ansatte). Arbeidstakere har blitt langt mer klar over og bevisste på den aktive rollen de selv forventes å ha/ta for å komme tilbake i arbeid. Evaluering av sosialforsikringens ”reintegreringsrapporter” tyder på at det store flertallet ble vurdert som tilfredsstillende. Rundt 10% ble underkjent i 2007 og 2008, med en svakt stigende tendens over tid. I 9 av 10 underkjennelser gjaldt manglende tilrettelegging og oppfølging fra bedriften. Her har det ikke vær vesentlig forskjeller mellom små og store bedrifter.

10. Samarbeid med andre aktører

Bedriftshelsetjenesten er viktig.

Alle virksomheter / bedrifter plikter å ha bedriftslege /-helsetjeneste i hht arbeidsmiljøloven (fra 1994). Enten drevet av virksomheten / bedriften selv, eller ved kontrakt med en (profesjonell) bedriftslege / -helsetjeneste på kommersiell basis. I 2002 var det full (ca 100 %) dekning av / tilgang til bedriftslege / -helsetjeneste i alle virksomheter / bedrifter. Siden har dette blitt deregulert og mer fleksibelt, og dekningen har avtatt noe. I 2008 hadde likevel mer enn 85% av alle virksomheter / bedrifter kontrakt med bedriftshelsetjeneste eller en enkelt bedriftslege. Som følge av nedgangen i sykefravær, er bedriftshelsetjenestene nå i ferd med å re-orientere sin virksomhet: øke (tradisjonelle) preventive aktiviteter, livsstil- og helsesjekker og arbeidstilpasning for (særlig eldre) ansatte.

Marked for rehabiliterings- og reintegreringstjenester og forsikring

Om lag 2000 (private) firmaer eller enkelt-eksperter er nå aktive tilbydere av rehabiliterings- og reintegreringstjenester. De selger tjenester til hhv

- arbeidsgivere (tilbakeføring til jobben eller til ny jobb / annen arbeidsgiver)
- sosialforsikringskontorer (arbeidsløse, funksjonshemmede, uføre, eldre)
- kommuner (sosialhjelpsmottakere)

Det kreves ikke offentlig godkjenning / autorisasjon, men det har vokst fram en del frivillig "kvalitets-sertifisering" etter hvert. En del større virksomheter gjør dette selv gjennom bedriftshelsetjenesten. En del – særlig mindre – virksomheter inngår bransjesamarbeid, "bedriftspooler", regionale nettverk osv ("gatekeeper centres"). Dette er ofte en ganske vellykket form for "selv-regulering", som oppmuntres og stimuleres fra myndighetene og fra arbeidslivets parter.

For mange – særlig mindre – bedrifter oppleves det private markedet av rehabiliterings- og reintegreringsvirksomheter som lite oversiktlig og transparent, særlig hva gjelder kvaliteten på de tjenestene som tilbys. For noen typer av langtids syke, synes resultatene lite tilfredsstillende: nemlig for "komplekse tilfeller" eller dersom arbeidskonflikter spiller en rolle i langtidsfraværet.

Det har også vokst fram nye og omfattende forsikringstilbud og –løsninger fra forsikringsnæringen som bedriftene kan kjøpe for å avlastes for eller sette bort mye av sitt ansvar for sykefravær og uførepensjonering. De kan også kjøpe forsikringsløsninger som "topper opp" sykelønn og uførestønad. De kan også tilby diverse tjenester i sine "pakkeøsninger", slik som å unngå/omgå ventelister på behandling eller forebyggende "helse- og livvilstilbud" etc.

Sosialforsikringen har viktige roller og tilbud både overfor bedrifter og ansatte.

I tillegg til å kontrollere "re-integreringsinnsatsene" og vurdere eventuell søknad om uførestønad, yter de mange tilbud og tjenester for rehabilitering av personer med redusert helse. Blant virkemidlene er:

- reduksjon eller bortfall av sosialforsikringspremier
- rådgiving og subsidiering rehabilitering, opptrening osv på arbeidsplassen
- "no risk policy" i form av fritak for sosialforsikringspremie inntil 5 år ved ansettelse av personer med redusert helse og/eller funksjonshemmede
- Arbeidstreningperioder
- Lønnssubsidier ved (antatt) produktivitet under minimumslønn

Helsetjenesten og "helse-, miljø- og sikkerhetskjeden"

Regjeringen legger stor vekt på å utvikle samarbeidet mellom helsetjenesten og arbeidet med helse, miljø og sikkerhet (hms) i arbeidslivet: en "helse-, miljø- og sikkerhetskjede". Det gjelder særlig forholdet mellom bedriftshelsetjenesten og helsetjenesten generelt.

En rekke initiativ og innsatser har blitt lansert i de senere år:

- Et multidisiplinært helseprogram, som her til formål å optimalisere diagnostisering, behandling og rehabilitering mellom ulike helseprofesjoner og helsepersonell.
- Samarbeidsprosjekter mellom allmennleger og bedriftsleger. Fra 2004 kan f.eks bedriftsleger henvise til spesialister for behandling av arbeidsrelatert helsesvikt.
- Statsstøtte til (arbeid med) helsepersonells medisinske registrering, vurdering og oppfølging av arbeidsrelaterte helseproblemer og sykefravær.

11. Forebyggende innsatser på arbeidsplassen

Grunnlag: Arbeidsmiljølov / Helse- og sikkerhetslov. Helse- og sikkerhetskatalog(er)

Arbeidsmiljøloven/ Helse- og sikkerhetsloven har til formål å skape helsemessig gode arbeidsmiljøer og å forebygge sykdom og uførhet. Arbeidsgivere er pålagt å gjennomføre

aktiv forebygging av sykefravær og utstøting, herunder å søke aktiv rådgivning fra en sertifisert bedriftslege.

Treparts samarbeid og avtaler mellom hhv arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner og arbeids- og helsemyndigheter/-tjenester på sektor- og bransjeplan og på nasjonalt plan er den viktige kjernen i forebyggingsstrategien. Utvikling og formidling av kunnskap og erfaring om innsats for å øke tilgjengeligheten og å legge til rette på arbeidsplassen er et viktig ledd i denne strategien.

Virksomhetene må rapportere til Arbeidstilsynet hvordan de gjennomfører disse forpliktelsene, og Arbeidstilsynet lager samlerapporter og fører tilsyn med virksomhetene.

Gjennomføring: Treparts samarbeid på sektor- og bransjenivå er det sentrale.

Dette skjer også på virksomhetsnivå og på nasjonalt nivå, men nærings- og bransjeforankringen utgjør tyngdepunktet. Lokale myndigheter, arbeidsgivere og fagforeninger samarbeider om å utforme, finansiere og gjennomføre avtaler om handlingsplaner for ulike sektorer i nærings- og arbeidslivet ("*safety and health covenants*").

I perioden 1999-2002 var hovedmålet å redusere risiko for *arbeidsulykker og arbeidsskader*. Dette ga positive resultater, og ble derfor senere videreført og styrket i de nye avtaler for perioden 2003-2007. Dette har etter hvert blitt videreutviklet til systematisk samling og spredning av virkemidler og metoder for å forebygge og redusere *sykefravær og utstøting*. Dette har etter hvert blitt kodifisert i kollektive arbeidsavtaler ("*CAO*'s"), som inngås lokalt og på sektor- og bransje- nivå. Denne "*bottom-up*" strategien anses vesentlig. Et viktig ledd i dette er også utvikling og formalisering av slike avtaler og "virkemiddelkataloger" i form av avtalte og "arbeidsmiljøkataloger og -planer" ("*Working Conditions Catalogue*") for ulike sektorer og bransjer. Disse gir grunnlag for- og hjelp til de konkrete arbeidsmiljø- og inkluderingsplaner og -innsatser på den enkelte virksomhet – også der i treparts samarbeid.

På denne måten utvikler man et erfarings- og resultatbasert arbeidsmiljø- og – inkluderingsarbeid konkret og bransjebasert "nedenfra" (bottom-up), samtidig som virkemidler og arbeidsmåter videreutvikles, og kunnskapen spres til andre. Det er utviklet og spredd en rekke konkrete virkemidler og arbeidsmåter på denne måten, som for eksempel:

- ekspertisesentre på arbeidsmiljø og inkludering i ulike sektorer og bransjer
- bransjevise websider med informasjon og eksempler om det samme innen
- etablering av bransje-eksperter, utdanning og kurser om helse, miljø og sikkerhet
- forsøksvirksomhet og "god praksis" eksempler og -kataloger i ulike bransjer, etc.

12. Store og små virksomheter, bransje- og sektorforskjeller

De enkelte virksomheter kan organisere og gjennomføre sitt ansvar og sine forpliktelser på ulike måter. De kan f.eks. ha en egen bedriftslege/-helsetjeneste i virksomheten, eller de kan kjøpe tjenester og råd fra en ekstern bedriftslege/-helsetjeneste eller spesialiserte rehabiliteringsvirksomheter, som kan være private eller (halv)offentlige. Arbeidsgivere kan også forsikre seg for risikoen for sykelønnskostnader, sykefraværsoppfølging og rehabiliterings- og reintegreringsinnsatser. Dette er vanlig blant små og mellomstore virksomheter, mens store virksomheter organiserer mye av dette selv, innen virksomheten. Bransjevis samarbeid om rehabiliterings- og reintegreringsarbeidet blir stadig mer utbredt.

Store virksomheter har gjennomgående noe høyere sykefravær enn så virksomheter. Sykefraværet gikk i 1999-2005 ned med ca 33% i virksomheter / bransjer med arbeidsmiljø-,

sykefravær- og inkluderingsavtale, og det gikk i samme periode ned med 11 % i virksomheter / bransjer som ikke hadde slike avtaler. Små virksomheter finner det vanskeligere å oppfylle sitt reintegreringsansvar, særlig når den sykmeldte neppe / ikke kan komme tilbake til sin egen jobb / sine tidligere oppgaver.

Mye av rehabiliterings- og reintegreringsarbeidet er satt bort til egne (private) firmaer, og det har utviklet seg et mer et stadig mer omfattende (privat) marked for dette. Mange av de engasjerte bedriftslegene/bedriftshelsetjenestene selger også sine tjenester på kommersiell basis. Det kan lede til at bedriftslegen/-helsetjenesten fortrinnsvis virker slik virksomhetsledelsen ønsker det. En del ansatte stoler ikke (helt) på bedriftslegen /-helsetjenesten i en slik situasjon. De mener at denne tjenesten burde operere mer uavhengig.

Det blir mer og mer utbredt å ansette folk gjennom midlertidige engasjementer, korttids kontrakter etc for å "slippe unna" noe av arbeidsgiveransvaret. Men det er ikke /neppe mer av dette enn i andre land i Europa, blir det hevdet (fra Arbeidsgiverorganisasjonen).

Arbeidsgivere flest foretrekker dette (omfattende) ansvaret fordi de 1) har hatt medansvar for å utvikle det, 2) fordi reformene har blitt gjennomført tilnærmet kostnadsnøytralt for arbeidsgiverne /virksomhetene som helhet (ved andre skattereduksjoner), og 3) fordi de mener at alternativet med mer offentlig ansvar og finansieringer mer kostbart for alle i det lange løp.

13. Helsesektoren

I dette avsnittet ser vi på helsesektoren som *arbeidsplass*. Hva er situasjonen og utviklingen arbeidsmiljø, sykefravær og behov for rehabilitering og reintegrering ved helsesvikt hos de ansatte i helsetjenesten? Hva gjøres for å forebygge og redusere sykefravær og utstøting her?

Sykefraværet er relativt høyt i helse- og omsorgssektoren: Stabilt rundt 5,3% i årene 2005-2009, mot ca 4,3 % totalt i samme periode, også det ganske stabilt i perioden. Helsesektoren hadde nest høyest sykefravær, etter offentlig forvatning, og høyere enn innen f.eks utdanning, industri, bygg og anlegg, hotell og restauranter osv. *Innen* helsesektoren så er det innen langtids pleie og omsorg at sykefraværet er høyest, fulgt av rehabilitering og omsorg for funksjonshemmede (hhv 6,2 % og 5 ¾ % i 2009).

Helsesektoren er omfattet av de samme bestemmelser om sykefravær osv som alle andre virksomheter og arbeidsgivere (jf avsnittene 8-10). Det konkrete arbeidet med å forebygge og følge opp sykefravær og utstøting på arbeidsplassen skiller seg imidlertid ut på noen måter: Mindre fokus på *personlig oppmerksomhet og oppfølging*, men mer vekt på opplæring og trening i sykefraværsadministrasjon ("management"), og dessuten mer av organisasjonstiltak etc for å koordinere arbeidet med sykefravær. Kort sagt mer vekt på administrasjon og organisasjon, og mindre vekt på mennesker og kolleger. Det ser ikke ut til at dette er noen særlig god resept. Ledere i helsesektoren svarer på undersøkelser at de synes det er vanskelig å påvirke langtidsfraværet, og dette svarer de i større grad enn blant ledere i andre sektorer. For øvrig ser en ikke de store forskjeller i lederes oppfatninger om saken i helsesektoren, sammenlignet med andre sektorer.

Et stadig mer aktuelt tema innen arbeidsmiljø, helse og sikkerhet i helsesektoren er en tiltakende tendens til *aggresjon og vold på arbeidsplassen*. En fersk undersøkelse (2009) viser at over 50 % av alle sykepleiere oppgir å ha bli konfrontert med aggresjon fra pasienter eller pårørende, og 40% av alle sykepleiere i sykehus har rapportert om "episoder" siste år. *Personalsikkerhet* er derfor nå vurdert som den viktigste helserisiko i helsetjenesten. De

fem viktigste helserisiki for helsepersonell anses nå å være: tyveri, verbal aggresjon, fysisk aggresjon, innbrudd og seksuell trakasering. Det er satt i gang diverse tiltak for å møte slike problemer: opplærings- og treningskurser for å mestre aggresjon osv, økte overvåkings-og sikkerhetstiltak og informasjonskampanjer om ”Aggresjon på Jobben” osv.

14. Reform-evaluering

Det er også gjennomført og gjennomføres omfattende *evalueringer av reformene i NL*. Den mest omfattende og systematiske er utført ved Sosialforskningsinstituttet i Nederland av dr. *Gerda Jehol-Gijsberg* og kolleger (2007 og 2010), se referanser.

Kort oppsummert så viser evalueringene de følgende resultater og systematiske erfaringer:

Sykefravær og reintegrering i arbeid:

- Sykefravær og uførepensjonering har altså gått kraftig ned. Reformene virker i all vesentlighet etter hensikten.
- Samlet arbeidsdeltakingen har gått betydelig opp, og arbeidsløsheten har gått ned.
- Arbeidsdeltakingen blant personer med varig redusert helse ser imidlertid *ikke* ut til å ha økt noe videre, og i hvert fall ikke like mye som tilsvarende nedgangen i antall personer på uførestønad og sosialhjelp. Et ubesvart spørsmål synes fremdeles å være ”hvordan blir det for alle de som får avslag på uførepensjon? Det er liten tvil om at flere er i arbeid, men en del er nok også forsørget i familien etc.
- Om lag 1/2 av alle langtidssykmeldte oppgir at de har *fysiske* helseplager.
” 1/4 oppgir å ha *psykiske* helseplager og ca 1/4 både *fysiske og psykiske plager*
- Om lag 1/3 av de langtidssykmeldte rapporterer at fraværet i stor grad er forårsaket av forholdet ved arbeidet og på arbeidsplassen.
- Langtidssykmeldte som går *gradvis* tilbake til arbeid *på deltid*, har størst sjans til å komme varig tilbake i arbeid. De kommer raskere og mer varig tilbake i arbeid desto tidligere de går tilbake via deltids arbeid og deltids sykmelding, alt annet likt.
- Sannsynligheten for å komme tilbake i full jobb avhenger i stor grad av den sykmeldtes *egen vurdering* av egen helse og av *type helseplage*. Sannsynligheten for å komme tilbake i fullt arbeid er 2 1/2 ganger så høy ved psykiske helseplager som ved fysiske helseplager. Dette gjelder imidlertid *ikke* ved angst og depresjon.
- De viktigste jobb-relaterte faktorene for å komme tilbake i jobb er nær oppfølging og ”nærvær” (”intimidation”) fra overordnede og kolleger på jobben. Arbeidets karakter / tyngde/ byrde /press/stress/støy etc har også betydning.
- Folk i service-yrker og i varige ansettelsesforhold har oftere langtidssykefravær.
- Langtidssykmeldte med faste ansettelsesforhold har over dobbelt så stor sannsynlighet for å komme tilbake i jobb som langtidssykmeldte i korttids kontrakter.

- Men først og fremst og alt i alt så er det selve sykdommen / helse-reduksjonen og dens alvorlighet og varighet som har klart størst betydning. Pluss personlige kjennetegn som alder, kjønn, familiesituasjon, utdanning osv.

Unge uføre ("wajong")

- Økingen er sterkest blant menn i alderen 18-30 år, og mest blant single.
- Ikke-vestlige innvandrere er for det meste sterkt underrepresentert
- Det er store regionale forskjeller
- Mer enn halvparten av unge funksjonshemmede som bor i institusjon, mottar uførestønad som født /ung ufør ("wajong")
- Antall "wajong-stønadmottakere" som kombinerer stønad med arbeidsinntekt er stekt økende, og mange som søker om wajong-stønad er i arbeid når de søker.
- Om lag 20% av wajong-stønadmottakere som ikke er i arbeid når de mottar stønad får seg en jobb i løpet av 1 år, og 30% i løpet av 3 år.
- Konjunktursvingninger har ingen betydning for utviklingen i antall wajong-stønader.

Arbeidsdeltakingen blant personer med varig helsesvikt

- Sannsynligheten for å *komme inn i arbeidslivet* er klart lavere for personer med varig helsesvikt og som mottar langtids sykestønad / uførestønad, enn den er blant personer med varig helsesvikt som *ikke* mottar slik stønad, alt annet likt. Forskjellene har ikke endret seg i perioden 2002-2008.
- Sannsynligheten for *tidlig exit* fra arbeidslivet er større blant personer med varig helsesvikt som mottar sykepenger eller uførestønad, enn den er blant personer med varig helsesvikt som *ikke* mottar slik stønad, alt annet likt. Forskjellene har avtatt i perioden 2002-2008.
- Økonomiske insentiver synes å ha *liten betydning for individets tilbud om arbeid* når vedkommende har varig nedsatt helse.
- Økonomiske insentiver synes derimot å ha *stor betydning for arbeidsgiveres og virksomheters reelle etterspørsel* etter arbeidskraft med nedsatt helse.

Kilder – henvisninger

- *AStri* Research & Cosultancy Group, The Netherlands:
Sickness, disability and labour inclusion in the Netherlands – With a focus on the implementation of employer responsibility. October 2010
- Bjørn Halvorsen:
-Faktainnhenting fra hhv Sosial og arbeidsdepartementet, den sentrale arbeidsgiverorganisasjonen (VNO-NCV) og arbeidstakerorganisasjonen (FNV) Sept. 2010
-Egne notater om materiale fra studiebesøk i NL ("land mission) med OECD i 2007
- OECD
Sickness, disability and Work Review: Vol 3 Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands
Employment Outlook 2009 og 2010.
- Gerda Jehol-Gijsbergs (2007 og 2010):
Working within Limits; Report on sickness absenteeism, incapacity for work and employment (*Beter aan het werk. Trendrapporte ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en werkhervatting*). The Hague: Netherlands Institute of Social Research

Vedlegg 1

Oversikt over viktige reformer i Nederland om sykefravær, uføretrygd og arbeid

1975

Tidlig pensjon og fleksibel alderspensjon vokser fram ved kollektive avtaler mellom arbeidslivets organisasjoner

1975-85

Diverse utvidelser av stønadssystemet.

Skattefordeler avskaffes

1985

Kompensasjonsgraden i uføreforsikringen reduseres til 70 %

Automatisk inntektsindeksering av ytelser avskaffes.

1993

Tofaset kompensasjonsgrad i **uføreforsikringen**:

Først lønnsrelatert (70%), deretter lavere og aldersgradert.

Uførhet defineres som restarbeidsevne i forhold **alt** arbeid.

Revurdering av uførheten for alle yngre enn 45 år.

1996

Sykeforsikringen legges om. Arbeidsgiver fullt ansvar i 1 år.

Minimumskompensasjon 70 % + kollektive avtaler.

Arbeidsgiver må sørge for legesjekk og bedriftshelsetjeneste

Forsikringen privatiseres fullt ut til forsikringselskapene.

1998

Uføreforsikringen endres etter ”polluters pay principle”:

Alle nye uførepensjonister finansieres ved erfarings- og resultatbaserte premier. Arb.giver kan bruke priv. forsikring

Ny lov om (re)integrasjon av yrkeshemmede (atføring)

2002

5 største private forsikringselskaper syke- og uføreforsikring integreres til et sentralt, offentlig Sosialforsikringsinstitutt (SII)

2003

- Lavere premier og unntak fra resultatbaserte premier for funksjonshemmede. ”No-risk policy” ved å ansette f.hemmede.

- Arbeidsgivere forpliktes til å inngå kontrakt med atføringsvirksomheter (oftest private).

2004

- Arbeidsgiveransvaret utvides til **2 år**
- Strengere tildelingsregler for uførepensjon. Revurdering > 50 år.
- Ny *sosialhjelpslov* vedtas. Desentralisering og ”Work First”

2006

Uføretrygden reformeres igjen. Mer arbeidsrettet: Arbeidsevnevurdering og ”Work First”

Arbeidsløshetsstrygden endres: Kompensasjonsnivå og varighet

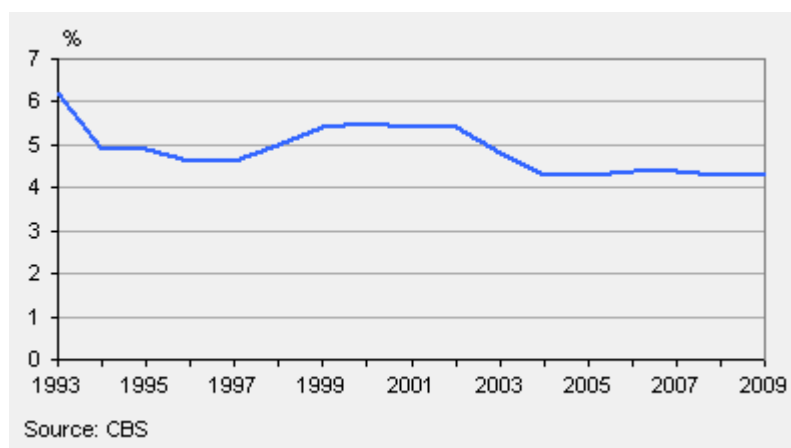
2009

Reformer i uføretrygden for ungdom og unge voksne (Wajong). Mål: øke yrkesdeltaking og fjerne / redusere ”trygdefeller”: Beholde inntekssikringen for de som ikke kan arbeide. To nye punkter for vurdering av inngangsvilkår (assessment moments) ved fylte 18 og 27 år. For personer med (potensiell) arbeidsevne og –mulighet blir det lagt og gjennomført en Arbeidsinkluderingsplan med gjensidige rettigheter og forpliktelser for hhv den unge, sosialforsikringen (Wajong) og arbeidsliv / og eller utdanningsinstitusjoner.

Vedlegg 2

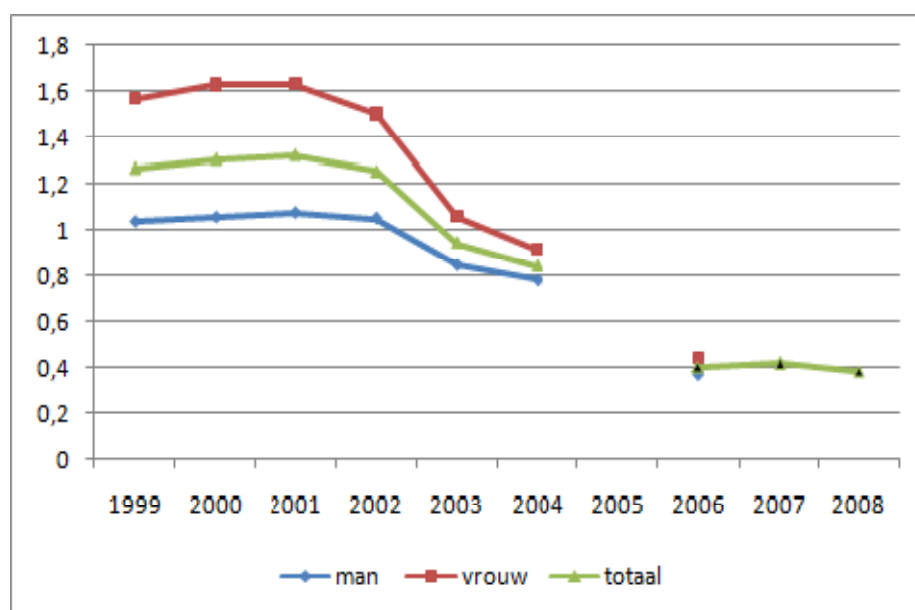
Figurer knyttet til avsnitt 5: utvikling i sykefravær og uføretrygding

Figur 5.1 Sykefravær blant arbeidstagere 1993-2009



Antall sykefraværsdager i prosent av mulige arbeidsdager

Figur 5.2 Tilgangsrate for nye mottakere av uførestønnad 1999-2008



Antall nye tilfeller i prosent av folketallet 16-64 år (incidens)