

# RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin • Årgang 18 • 2011 • Nr. 4

Tema: **SYKEFRAVÆR**





**Innhold:**

Leder	s. 3
Hva er medisinsk riktig sykmelding?	s. 4
Gradert sykmelding	s. 6
Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn?	s. 9
Arbeidsrettet rehabilitering av nakke- og ryggpasienter i en spesialistpoliklinikk	s. 11
Hva bidrar til at sykmeldte kommer tilbake til arbeid	s. 13
Styrets spalte	s. 14
Styrene 01.09.2011 - 31.08.2013	s. 15
Foreningsnytt	s. 16

**Forsidebilde:**

Kontorlandskap hos DnB Nor på Aker Brygge: Framskritt eller tilbakeskritt? En australsk studie viste nylig at stressnivå og sykkelighet øker blant de som jobber på slike arbeidsplasser.

Foto: Lise Åserud / SCANPIX.

## Sykefraværet nok en gang

Hvorfor skal Ramazzini ha nok et temanummer om sykefravær? Jeg tror det er noen arbeidsmedisinere som mener at fokus på det høye sykefraværet og kostnadene for samfunnet og virksomhetene er uverdig, fordi det bidrar til å stigmatisere den sykmeldte. Samfunnsdebatten om sykefraværet har i stor grad dreid seg nettopp om kostnadene og det samfunns- og bedriftsøkonomiske perspektivet – kanskje for mye. Men det er en annen og arbeidsmedisinsk måte å se på sykefravær også. Tenker man på sykefravær som et helseproblem burde arbeidsmedisineren gå inn for å redusere det ved å forebygge, slik vi helst vil med andre typer av helseproblemer. Vårt anliggende i den primære forebyggingen er å arbeide for et bedre og mer inkluderende arbeidsmiljø. Dersom arbeidstakeren kan banke på døra hos leder eller bedriftslegen for å etterspørre tilrettelegging av arbeidet vil det være en mye bedre medisin enn å banke på fastlegens dør for å be om sykmelding. Et godt og tilrettelagt arbeidsmiljø kan også være avgjørende for den sekundære forebyggingen – for å komme tidligere tilbake på jobb. Kanskje det er disse oppgavene vi burde ha mest fokus på og heller overlate bekymringen for samfunnsøkonomien til andre.

*Petter Kristensen, gjesteredaktør*

## Går vi videre?

Petter er inne på noe. Nok en gang sykefravær? Dette tema har stor plass i politikeres bevissthet, og det kan være grunn til å stille spørsmål ved om dette er nyttig. De fleste av oss kapitulerer vel og forsøker å gjøre det beste utav situasjonen. Mitt håp er at dette nummer av Ramazzini kan føre til at arbeidsmedisinerne i tillegg til å vise positiv interesse, går et steg videre. Det er flott med tjenende ånder som hjelper pasientene og NAV med tilrettelegging. Det er enda flottere dersom arbeidsmedisinerne kan finne på noe på egen hånd. Ta situasjonen fra 22. juli. Hvor mange arbeidsmedisinere oppdaget sin viktige rolle når det uventede hendte? Og fortalte at vi kan faktisk hjelpe? Når ledere og kolleger skrek etter råd? Viste vi hva vi duger til; med all vår kunnskap om relasjoner, fysiske og psykiske traumer, kriser, omorganiseringer? Er vi med? Går vi foran?

*Bente E. Moen, redaktør*

**REDAKSJONSKOMITÉ 2011****Bente Elisabeth Moen**

Det medisinske fakultet  
Universitetet i Bergen  
Kalfarveien 31, 5018 Bergen  
Tel: 55 58 61 12  
Faks: 55 58 61 05

E-post: bente.moen@isf.uib.no

**Petter Kristensen**

Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo  
Tel: 23 19 51 00  
Faks.: 23 19 52 00  
E-post: Petter.Kristensen@stami.no

**Kristin Buhaug**

Haukeland sykehus  
Yrkesmedisinsk avdeling, 5021 Bergen  
Tel: 55 97 38 75  
Faks: 55 97 51 37  
E-post: kristin.buhaug@helse-bergen.no

**Anne-Marie Botnen Eggerud**

HMS-tenesta Helse Fonna HF  
c/o Stord sjukehus  
Postboks 4000, 5409 Stord  
Tel: 53 49 11 67  
05253  
E-post: Anne.Marie.Botnen.Eggerud@helse-fonna.no

**FORENINGSADRESSE**

Norsk arbeidsmedisinsk forening  
Legenes Hus, Akersgaten 2  
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo  
Tel.: 23 10 90 00  
Faks: 23 10 91 00

Foreningssekretær: Bjørn Oscar Hoftvedt  
E-post: bjoern.hoftvedt@legeföreningen.no  
Tel 23 10 91 04  
Sekretær: Eli Marie Berg-Hansen  
E-post: eli.berg.hansen@legeföreningen.no  
Tel 23 10 91 23 – privat 63 99 11 14 (fredag)

# Hva er medisinsk riktig sykmelding?

Björgulf Claussen, Institutt for helse og samfunn, UiO

Legers sykmeldingspraksis er et hett politisk tema for tiden, både i avisene og blant forskere. Tidstrenden i sykefraværet er mye av bakgrunnen for diskusjonen (figur 1). Kurven er fra SINTEF's tilpassning av sykefraværstatistikkene til NHO og SSB (1) og er tilført tall frem til første kvartal 2009 av Manifest analyse (2). Fraværet blant menn har variert mellom 7 % (1984) og 4% (1993), mens kvinner har vel to prosentpoeng høyere fravær. Det egenmeldte fraværet har svingt omkring 1 % siden 1972, slik at det legemeldte fraværet har vært ett prosentpoeng lavere enn på kurven (1). Ifølge SSBs statistikkbank har sykefraværet for menn falt fra 5,1 % i førte kvartal i 2009 til 4,3% i andre kvartal i 2011, for kvinner fra 8,1% til 7,4%.

En omfattende rapport fra sosialøkonomene Simen Markussen, Knut Røed og andre om sykefraværet i 2001-05, der de blant 400 variabler også brukte Fastlegerregisteret, viste at legenes sykemeldingsrater varierte fra 4,5% i den laveste desilen til 7,1% i den høyeste desilen, alt ellers likt (3). Konklusjonen var at ulikhetene mest sannsynlig skyldes legenes holdninger.

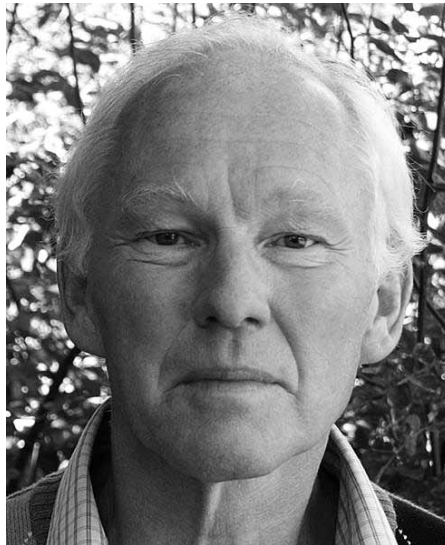
I en annen rapport fra Institutt for sosialøkonomi i Oslo tok Benedicte Carlsen og Karine Nyborg det for gitt at en fastlege ikke kan være både en god behandler og en god portvakt (4). Behandleren må ha et gjensidig tillitsforhold til pasientene, mens portvakten må mistenke at pasienter uten bevisbar sykdom kan utnytte trygden og lyve for legen. De mente å finne holdepunkter for denne teorien i noen fokusgrupper med fastleger. Det som gikk igjen, var at legene sjelden sa nei til korte sykmeldinger, mens lange ofte ble diskutert og forhandlet med pasienten. Legene stolte i stor grad på pasientene og fant få eller ingen snytere.

Som gammel allmennpraktiker mener jeg å ha erfart at gode fastleger også er gode portvakter, det motsatte av hva Carlsen og Nyborg sier. Begge deler beror på kvaliteten i legearbeidet. Her skal jeg prøve å utdype medisinske prinsipper for kvalitet i sykmeldingsarbeidet.

## Folketrygdloven og medisinske prinsipper

Legens oppgaver på sykmeldingsområdet er for det første å iverksette Folketrygdlovens regler. For det annet skal legen følge medisinske prinsipper for å få pasienten raskest mulig så frisk som det rimeligvis går an.

Folketrygdlovens paragraf 8-4 sier at "sykepenger skal ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade". Denne paragrafen tolkes gjerne slik at arbeidsevnen åpenbart må være redusert på grunn av en medisinsk tilstand for å gi rett til sykmelding (3). Vanlig legepraksis definerer hva som er



Björgulf Claussen.

en medisinsk tilstand.

Paragraf 8-4 har dertil en viktig utvidelse som sier at "Sykepenger 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 følge medisinske prinsipper for sykmelding, både til 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 Helsepersonellovens paragraf 6 som sier at vi ikke skal påføre blant andre trygden unødige utgifter. Vi må med andre ord bidra til å bruke folketrygdens midler slik at størst mulig medisinsk gevinst oppnås.

## Fire kategorier av sykmeldinger

Antakelig er alle leger enige i at de medisinske prinsippene for sykmelding ikke er greie å følge i praksis (4). De er heller ikke lette å formulere i ord. Her skal jeg gjøre et forsøk. Spørsmålet er: Gir det mening å inndele de sykmeldte i fire hovedgrupper, to grupper pasienter som sykmeldes fordi de fungerer for dårlig til å gå på jobb, en gruppe som først og fremst trenger sykmelding som en del av behandlingen, og en gruppe som må ha avlastning i perioder for å greie å holde seg i jobb?

### 1) Syk hinsides arbeid

En rekke tilstander gjør sykmelding selvfølgelig, uansett arbeid. Det gjelder somatiske lidelser med sterkt redusert allmenntilstand, fra febrile virusinfeksjoner til akutt hjertesvikt, og det gjelder noen psykiske lidelser, som akutt alvorlig depresjon. Hvor grensen går, kan av og til diskuteres. Er legen i tvil, faller tilfellet ikke inn i denne kategorien, men eventuelt under en av de tre neste.

### 2) Syk i aktuelt arbeid

Her regner jeg med medisinske tilstander som gjør at så godt som alle i tilsvarende arbeid ville holdt seg hjemme. En akutt lumbago nedsetter funksjonen slik at alle i kroppsarbeid må få en sykmelding, men langt fra alle i selvstyrt kontorarbeid. Her er det et problem at ikke alle fastleger er særlig interessert i hva ulike jobber krever, men de fleste av oss får mange levende inntrykk fra pasientene våre. Folk må stort sett yte noe for at det skal være meningsfullt å gå på jobb. Igjen, er legen i tvil, faller tilfellet ikke inn i denne kategorien, men eventuelt under en av de to neste.

### 3) Sykmelding er en del av behandlingen

Denne gruppen sykmeldinger gjelder tilstander som krever avlastning for å bli raskest mulig bra. Dette punktet blir ofte misforstått. Når legene blir anklaget for å sykmelde folk som er friske nok til å gjøre en viss arbeidsinnsats, skal dette være med en medisinsk hensikt. Her er det hverken spørsmål om snille leger eller om skjønn, men om hvor dyktig legen er til å stille diagnosen og finne den mest effektive behandlingen. Blir disse pasientene presset til å jobbe, blir arbeidsevnen ganske sikkert redusert, både på helt kort og på lang sikt.

To store pasientgrupper dominerer her, muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser. Begge disse gruppene av pasienter trenger ofte et fast og planmessig behandlingsopplegg for raskt å oppnå best mulig funksjon. De aktuelle pasientene kan inndeles i to store grupper, akutte tilstander som raskest mulig skal bli bra eller langvarige tilstander som ikke bedres uten en planmessig behandling, for eksempel akutte eller kroniske ryggsmarter.

Mange av de psykiske lidelsene krever at pasienten har tid og overskudd til å bearbeide sin egen situasjon. Ofte krever dette en periode med avlastning fra andre krav. Poenget er å ha krefter til å kunne konsentrere seg om seg selv og sine egne problemer. Behandlingen skal struktureres av den som skriver sykmeldingen. Legen må være nøye med å følge opp programmet, særlig være oppmerksom på den forventede bedringen. Hvis den ikke skjer, må legen prøve å finne ut hvorfor. Mistanke om liten innsats fra pasienten må diskuteres åpent og eventuelt føre til avbrekk av programmet og friskmelding.

Et liknende program gjelder oftest pasienter med muskelsmerter, senebetennelser eller lumbago, enten akutte tilfeller eller pasienter som holder på å gli inn i en kronisk fase. Disse kan trenge et strukturert behandlingsopplegg som krever sykmelding, selv om de ikke nødvendigvis er for



dårlige til å gå på jobb. Poenget er at opplegget er strengt, og at det har som mål å gi full helbredelse. Tiden må da brukes på trening og hvile, helst fulgt av kognitiv behandling fra legen eller fysioterapeuten.

#### 4) Fravær for å beholde arbeidsevnen

Denne gruppen gjelder pasienter med redusert arbeidsevne på grunn av kroniske plager. Dette er den vanskeligste gruppen å sykmelde til rett tid og passe mye. Poenget er å holde dem i nær normal funksjon lengst mulig. De som kritiserer oss for å sykmelde for mye, bør huske at vi sykmeldende leger er en forutsetning for å holde så mye som 74% av befolkningen i alder 15-74 år i betalt arbeid, den høyeste yrkesdeltakingen i verden akkurat nå (6,7). Legene gjør antakelig en kjempeinnsats på dette området, som har stor positiv betydning for økonomien.

Er det mulig å formulere noen retningslinjer for legearbeid på dette mangslungne området? Vi kan prøve.

Legen må ha et våkent blikk for ansatte som viser avtagende overskudd, forverret allmenntilstand, økende smerter eller dårligere søvn. Poenget er ikke at det er synd på disse pasientene, men at de kan trenge en periode med avlastning. Denne perioden bør være kort, ellers risikerer de ryktet sitt på jobben eller de mister pågangsmotet til å fortsette i jobb. Igjen må de gå inn i et strukturert behandlingsopplegg som legen følger nøye. Forandringer på arbeidsplassen er ofte hovedårsaken til forverringen. Tilrettelegging er ofte nødvendig og mulig.

Er disse prinsippene greie å følge, å bidra til å opprettholde pasientens funksjon med minst mulige omkostninger? Venter vi for lenge, kan tilstanden bli alvorlig og sykmeldingen bli langvarig. Da er faren for å falle ut av arbeidslivet ganske stor for denne marginaliserte gruppen. Kan vi bidra til å utsette uførepensjonering med to år, er mye vunnet for pasienten i form av selvrespekt og et vanlig liv.

#### Diskusjon

Disse betraktningene tar utgangspunkt i vanlig klinisk allmennmedisin, ikke i noen kjent forskning, og kommer fram til fire kategorier som kanskje kan være nyttig i klinisk praksis. Siden allmennpraktikere vanligvis tenker slik, kan den antakelig også være nyttig for bedriftsleger. Men mange spørsmål melder seg. Er inndelingen medisinsk forståelig og juridisk holdbar? Dekker den alle legemeldte sykefravær, både etter diagnose og lengde? Er den hendig og nyttig?

#### Medisinsk og juridisk holdbar?

Mange allmennpraktikere vil antakelig kjenne seg igjen i denne firedelingen og se at de arbeider slik med sykmeldinger, både overfor pasientene og NAV. Lange sykmeldinger må i økende grad begrunnes ved Sykmelding II og på dialogmøter i bedriftene. Da kan disse begrepene brukes, også av bedriftslegen.

Juridisk er alle kategorier holdbare i forhold til Folketrygdloven, men vel å merke dersom sykmeldingen er medisinsk hold-

bar. Som i alt annet klinisk arbeid er det ofte vanskelig å avgjøre hva som er den beste behandlingen. Avgjørende er legens evne til å stille diagnose, leve seg inn i pasientens situasjon og gi best mulig behandling.

Knappt noen er i tvil om sykmeldingsbehovet til de to første gruppene. De to andre gruppene kan derimot diskuteres. Disse pasientene kunne gått på jobb. En innstramning av sykepengeordningen kunne presse en del av dem raskere tilbake i arbeid. Poenget mitt er at sykmelding er bra for disse pasientenes helse, og like viktig, for arbeidsevnen deres fremover.

De refererte sosialøkonomene har sikket rett i at noen personer blant pasienter og leger har dårlig moral (3,4). I tillegg er noen av begge grupper ganske sikkert ubehjelpelige i denne kompliserte delen av arbeidslivet. Men disse forskerne tar antakelig feil når de mest fremhever problemene med sykepengeordningen. Sykelønna har også store fordeler, åpenbart for pasientene, men også som terapeutisk redskap for legene. Vi tror heller ikke at en god behandler er en dårlig portvakt og omvendt. Antakelig er de to rollene like godt eller like dårlig ivarettatt hos ulike leger.

Men det finnes unntak. Noen leger vil smiske seg til tillit fra pasienten ved å jatte med og velge behagelige løsninger. Omvendt kan en streng portvakt ikke greie å formidle konklusjonene sine i trykkesaker og vil fremstå som en kantet prinsipptrytter som får få pasienter.

Som sagt er yrkesdeltakingen meget høy i Norge (5). Vi har spesielt mange eldre i betalt arbeid, langt flere enn Danmark og Sverige, og enormt mange flere enn Tyskland og USA. Det kan vi ikke opprettholde uten en del sykmelding. Likevel er ganske sikkert den økonomiske gevinsten stor (6). En akseptert rett til sykmelding og eventuelt uførepensjon er antakelig viktig for den høye yrkesdeltakelsen, fordi trykdeordningene gir mulighet til en verdig retrett, noe som er viktig for de mindre optimistiske arbeidstakerne.

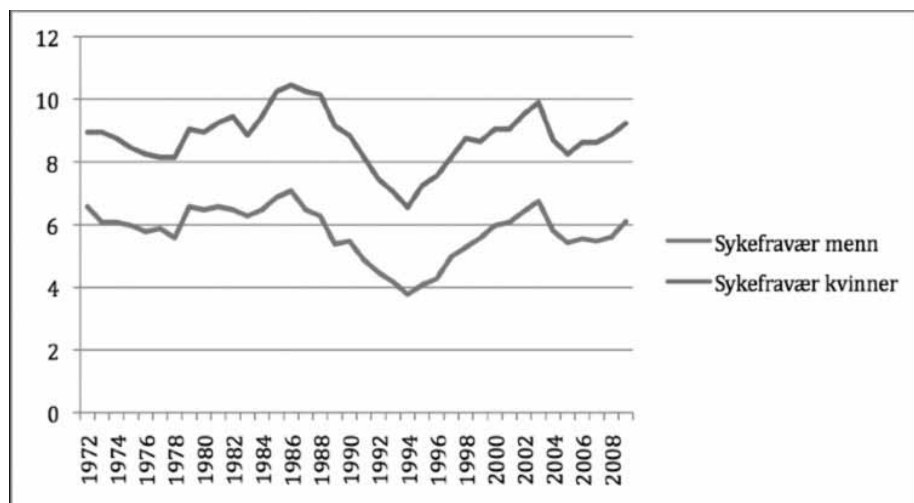
På den annen side er legenes utfordringer ved sykmelding såpass krevende at vi kan

komme til å betakke oss for denne retten. Det eneste realistiske alternativet er det danske systemet, der legesertifiserte sykmeldinger nesten ikke brukes (7). Sykefravær overlates stort sett til den ansatte og arbeidsgiveren. Til gjengjeld er veien til oppsigelse kort. Et slikt system vil fungere dårlig i Norge fordi jobbskifte er mye mer dramatisk hos oss enn i Danmark. Omlag 25% av danskene skifter jobb i løpet av et år.

Hos oss er svært mange arbeidstakere tjent med å ha en ekspert å diskutere sykefravær med, og mange trenger en sykmelding stemplet av en autoritet. Dagens debattanter tar ofte utgangspunkt i sin egen situasjon som selvbevisste personer i en trygg arbeidssituasjon. Men de sykefraværene vi diskuterer, gjelder stort sett folk som har utrygge jobber og ressurser under gjennomsnittet. Problemet er kvaliteten i dette legearbeidet. I dagens politiske klima kan for mye dårlig sykmeldingspraksis føre til det danske systemet i vårt land også. Noen fastleger vil være fornøyd med det. Andre vil savne sykmeldingen som er verdifull del av det medisinske armamentarium.

#### Referanser

- Ose SO, Jensberg H, Reinertsen RE, Sandsund M, Dyrstad JM. Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. Trondheim: SINTEF Helse, 2006.
- Marsdal M. Fakta om sykefravær. Oslo: Manifest analyse, 2010.
- Markussen S, Røed K, Røgeberg OJ, Gaure S. The anatomy of absenteeism. Discussion paper no. 4240. Bonn: Institute for the study of labor, 2009.
- Carlsen B, Nyborg K. The gate is open: Primary care physicians as social security gatekeepers. Memoratorium no 7/2009. Oslo: Department of economics, University of Oslo, 2009.
- OECD. Economic outlook 2208. Paris: OECD, 2008.
- Esping Andersen G. Social foundations of postindustrial economies. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Ploug N, Kvist J. Recent trends in cash benefits in Europe. København: Socialforskningsinstituttet, 1994.



Figur 1: Sykefravær som prosent av alle avtalte arbeidstimer fra 1972 til 1. kvartal 2009 (2). Det høyeste fraværet gjelder kvinnene.

# Gradert sykmelding

Søren Brage,  
Inger Cathrine Kann og  
Jon Petter Nossen,  
Utredningsseksjonen, Arbeids- og  
Velferdsdirektoratet



Søren Brage.



Inger Cathrine Kann.



Jon Petter Nossen.

Graderte sykmeldinger brukes i betydelig omfang i norsk arbeidsliv, og myndighetene og arbeidslivets parter ønsker enda mer omfattende bruk av dette virkemidlet. Regjeringens ekspertgruppe foreslo flere graderte sykmeldinger (1), og da den nye Intensjonsavtalen for et Inkluderende Arbeidsliv ble inngått i februar 2010, ble økt bruk av gradering framhevet som et viktig virkemiddel for å redusere sykefraværet.

I medisinsk forskning har det vært vist at langvarige og passive trygdeytelser i seg selv kan ha uheldige konsekvenser for individets helse. Det har vært pekt på at medisinsk behandling i dag, sammenliknet med for 20-30 år siden, legger større vekt på aktiv og tidlig opptrening. En tidlig retur til arbeid og økt aktivitet kan gi bedre prognose for god helse (2). Det kan imidlertid også være en helse- risiko knyttet til det å gå tilbake i arbeid for tidlig. Det har vært hevdet, men ikke vist empirisk, at for tidlig retur kan øke risikoen for seinere langvarig sykefravær (3).

Selv om graderte sykmeldinger får støtte fra mange hold, er kunnskapen om dem, og om deres positive og negative konsekvenser begrenset. Få norske og internasjonale vitenskapelig studier er blitt gjort. Det kan altså være risikomomenter knyttet til økt bruk av gradering som ikke er tilstrekkelig undersøkt. Vi kan ikke se bort fra at gradert sykmelding kan føre til at sykmeldte, arbeidsgivere eller NAV reduserer innsatsen for å komme tilbake i fullt arbeid så lenge de sykmeldte er i tiltaket. En ordning med gradert sykmelding kan også føre til at terskelen for å få sykmelding senkes, det vil si at antallet sykefravær øker.

Utredningsseksjonen ved Arbeids- og Velferdsdirektoratet gjennomfører nå et prosjekt for å øke kunnskapen om graderte sykmeldinger. Prosjektet baserer seg på data fra NAVs registre. Noen resultat har allerede blitt tatt frem som beskriver bruken av graderte sykmeldinger, endringer i bruken over tid og kjennetegn ved dem som får gradert sykmelding (4). Prosjektet vil også se på sammenhengen mellom graderte sykmeldinger og varigheten av sykefraværstilfellene.

Data til våre analyser er hentet fra NAVs

sykmeldingsregister. Vi har tatt utgangspunkt i alle sykmeldinger i 2008-2010 for arbeidstakere i alderen 20 til 65 år. Av disse enkelte sykmeldingene ble det konstruert sammenhengende sykefraværstilfeller. Enkeltsykmeldingene er ofte av 2-3 ukers varighet, mens sykefraværstilfellene kan være opp til 1 år.

## Bruken av gradert sykmelding har økt

Muligheten til å kombinere sykefravær med arbeid har vært til stede lenger enn hva man ofte tror. Den kan spores helt tilbake til den første loven om sykeforsikring fra 1909. I den etterfølgende loven om syketrygd fra 1930, ble det gitt adgang til å motta «halve sykepengen» ved delvis arbeidsuførhet. I den nåværende folketrygdloven som trådte i kraft 1. mai 1997, ble graderte sykepengen gitt en egen paragraf i lovteksten.

Statistikken over graderte sykmeldinger går tilbake til 1989, og det finnes der opplysninger om hvilke sykefraværstilfeller som ble avsluttet med gradert sykmelding (figur 1). Dette gjelder da kun sykefraværstilfeller utover arbeidsgiverperioden på 16 kalenderdager (14 før 1998). Utviklingen fra 1989 har vist en økning i andelen tilfeller som slutter med gradering, men man bør merke seg at andelen som sluttet med gradering var allerede i 1989 såpass høy som 13 prosent. Dette viser at gradert sykmelding har vært godt kjent og brukt lenge. I tillegg vises i figuren bruken av aktiv sykmelding, målt som andel som har hatt dette i løpet av sykefraværstilfellet. Aktiv sykmelding ble tatt i bruk i 1993, og viste en stadig økning frem til 2004, hvoretter bruken har vært minkende.

Det er ventet at den nye IA-avtalen vil føre til en ytterligere økning i bruken av gradert sykmelding, ikke minst siden ordningen med aktiv sykmelding ble avvirket 1. juli 2011.

## Vanlig med gradering ved lange fravær og å starte med gradering

Av de 1,4 millioner sykefraværstilfeller som ble påbegynt i 2009 var 15 prosent gradert *minst én gang* i løpet av tilfellet (tabell 1), men dette var gjennomsnittstall. Det mest iøynefallende funnet var at gradering var svært uvanlig ved helt korte sykefravær, og siden vanligere jo

lengre sykefraværet varte. Mens 2,2 prosent av korttidsfraværet på 1-16 dager var gradert, var 57 prosent av sykefraværstilfellene lengre enn 90 dager graderte én eller flere ganger. Forklaring til at gradering ved korte fravær er sjeldne kan være flere. Mange kortvarige tilfeller er raskt forbigående akutte tilstander, for eksempel infeksjoner, der arbeidsevnen er sterkt nedsatt, men restitusjonen rask. Gradering krever også et samarbeid med arbeidsgiveren for å legge til rette for deltidsarbeid. Dette er lite aktuelt når fraværet forventes å være så kort tid som et par uker.

Vi undersøkte tidspunktet for første gradering i de tilfeller som inneholdt minst én gradert sykmelding. I nesten halvparten, 46 prosent, av tilfellene ble gradering brukt allerede fra første dag av. I ytterligere 31 prosent ble gradering påbegynt før seks ukers sykmelding. At nesten halvparten av alle tilfeller med gradering, startet gradert var en overraskende høy andel. Den gjenspeiler forestillingen er at gradering tas i bruk etter en tid med fulltids sykmelding, med tanken å få en "myk" tilbakegang til arbeid. Våre funn tydet på at det er en rekke tilfeller, der legen og den sykmeldte allerede fra starten av mener at arbeidsevnen er nedsatt kun delvis og at delvis arbeid er det beste.

Deretter undersøkte vi hvor stor sjansen for gradering var i alle tilfeller, ikke bare de som var graderte (fig 2). Ved hjelp av kumulativ hasard vises hvordan sjansen for gradering endres i løpet av sykefraværstilfellet. I figuren vises tre linjer for henholdsvis menn, gravide kvinner og ikke-gravide kvinner. Allerede fra første dag er sjansen for gravide nesten 30 % for en gradering, og deretter øker den svakt. For menn er sjansen for gradering rundt 5 % første dag, og siden øker den til nærmere 50 %.

Figur 2 viser også et annet interessant funn. Det er ikke mulig å observere noen plutselige hakk i kurvene, som tegn på at det brått ble større sjanse for gradering. Noe slikt kunne man forvente seg ved de stopp-punkter som etter hvert er blitt innført i sykefraværsoppfølgingen fra NAVs side. Verken etter 8 uker når det stilles et økt aktivitetskrav, eller ved 12 og 26 uker når dialogmøte 1 og 2 blir

avhold er det mulig å se slike økninger i gradering. Dette taler for at stopp-punktene kun har ubetydelig innflytelse på bruken av gradering.

### Hvem får gradert sykmelding?

Gradering var vanligere blant kvinner enn menn. Blant ikke-gravide kvinner var 17 prosent av alle sykefraværstilfeller gradert i minst én periode, mot 11 prosent blant menn. Blant gravide kvinner var 39 prosent av tilfellene graderte én eller flere ganger!

Forekomsten av gradering økte med alderen. Blant 20-29 åringer var kun 10 prosent av sykefraværstilfellene graderte, mens blant 50-59 og 60-65 åringer var 19 prosent gradert.

Sykdommens natur har stor betydning for om sykefraværet blir gradert, fordi alvorlighetsgraden og hvilke konsekvenser den har for arbeidsevnen tas i betraktning når gradering vurderes. Personer med luftveisinfeksjoner fikk sjelden gradert sykmelding (tabell 2) og det henger sannsynligvis sammen med at de var sykmeldt kun i kort tid. Angst- og depresjonslidelser, andre psykiske lidelser, rygglidelser og andre muskel- og skjelettlidelser var de diagnosegrupper som oftest hadde gradert sykmelding. Dette er også tilstander som kan ha lang varighet.

### Store forskjeller mellom næringer og yrker

Den som sykmelder skal legge vekt på pasientens arbeidssituasjon når beslutningen tas om sykmeldingsgraden. Tabell 3 viser hvor stor del av sykefraværene som var graderte i forløpet for ulike næringer og for noen utvalgte yrkesgrupper.

Bruken av gradering viser store variasjoner mellom næringer, med lavest andel i industri, bygg og anlegg og overnattings- og serveringsnæringen. Gradering brukes mest i offentlig administrasjon og i undervisning. En del av disse forskjellene gjenspeiler yrkes sammensettingen, men det kan også være næringsforskjeller når det gjelder mulighetene for å tilpasse arbeidsplassene til arbeidstakere med redusert funksjonsevne.

Gradering ble brukt oftere innen yrker med høy utdanning og i yrker med stort innslag av ledelse. Forskjellene mellom yrker kan, i tillegg til utdanning, skyldes arbeidsmiljøfaktorer som muligheten til å bruke egen kompetanse, fysiske og psykiske krav i jobben og kontroll over egen arbeidssituasjon. De kan også skyldes ulik seleksjon til ulike yrker, der helse inngår som en faktor. Det varierer også hva folk i ulike yrker er sykmeldte for, for eksempel på grunn av eksponering for ulike belastninger i arbeidet.

Tabell 1. Sykefraværstilfeller påbegynt i 2009. Antall tilfeller totalt og prosentandel med gradering (Kilde: NAV).

Sykefraværstilfellets varighet	Antall	Med gradering (%)
1-16 dager	884 528	2,2
17-90 dager	359 058	28,1
91-365 dager	171 170	56,8
I alt	1 414 756	15,4

Tabell 2. Sykefraværstilfeller påbegynt i 2009. Antall totalt og prosentandel med gradering etter diagnosegruppe (Kilde: NAV).

Diagnose	Antall	Med gradering (%)
Angst/depresjon	67 166	28,9
Andre psykiske lidelser	99 122	23,9
Rygglidelser	127 720	19,8
Andre muskel- og skjelettlidelser	279 953	21,6
Luftveisinfeksjoner	268 342	2,1
Andre luftveislidelser	75 260	5,0
Svangerskapslidelser	54 931	37,2
Skader	56 629	9,4
Andre diagnoser	385 633	14,0
I alt	1 414 756	15,4

Tabell 3. Sykefraværstilfeller påbegynt i 2009. Antall totalt og prosentandel med gradering etter næring og utvalgte yrker (Kilde NAV).

	Antall	Med gradering %
Næring		
Ukjent	76 021	8,5
Jordbruk, skogbruk og fiske	7 961	13,9
Industri og bergverksdrift	149 050	12,0
Bygge- og anleggsvirksomhet, elektrisitet	97 380	12,9
Varehandel, transport og lagring	258 539	13,6
Overnattings- og serveringsvirksomhet	36 352	12,6
Informasjon, finans, teknisk og forretning	188 118	16,4
Off.adm., forsvar, sosial, forsikring	76 093	20,4
Undervisning	106 923	20,4
Helse- og sosialtjenester	383 022	16,9
Private tjenester ellers	35 297	19,8
Yrke		
Andre	854 901	13,5
Høyt utdannede og ledere	142 084	24,6
Undervisning	80 637	21,7
Sykepleiere	55 808	19,2
Hjelpepleiere med mer	145 551	15,2
Renhold og ufaglærte	54 083	11,6
Butikkmedarbeidere	81 692	12,9
I alt	1 414 756	15,4

### Andre kjennetegn

I tillegg til disse kjennetegn undersøkte vi også andre og brukte da en multipel regresjonsmodell. Denne modellen bekreftet de funn som ble rapportert ovenfor. I tillegg fant vi at personer som ikke er født i Norge hadde langt mindre sjanse for å få en gradert sykmelding. Det samme gjaldt dem som var registrert med fylke «ukjent», som i stor grad er bosatt i utlandet. Gifte hadde større sjanse for å få gradert sykmelding enn

ugifte, skilte og separerte. Å ha barn under 18 år økte også sannsynligheten for gradering. Det var høyest bruk av gradert sykmelding i Akershus, mens man i Nordland og Nord-Trøndelag hadde lavest bruk av gradering, når vi kontrollerte for de andre variablene.

### Konsekvenser av gradert sykmelding

Et viktig spørsmål ved graderte sykmeldinger er om det har konsekvenser for varigheten av sykefraværet. Man kan

på den ene siden tenke seg at gradering ved et gunstig tidspunkt i sykefraværstilfellet gjør overgangen til arbeidslivet lettere, og dermed forkorter fraværet. På den annen side er det også mulig at graderingen gjør fraværene lengre fordi det er en bekvem og mindre belastende tilstand enn fullt arbeid.

Det har i de siste årene blitt gjort en del studier i Norden som har prøvd å nærme seg dette spørsmålet. Det er to forhold som gjør slike analyser vanskelige. For det første har det betydning for utfallet hvilke *utvalg* av sykmeldte som brukes. Hvis vi ser på *alle* fravær, så er de graderte sykefraværene i gjennomsnitt lengre enn ikke-graderte. I Norge var i 2009 varigheten av graderte fravær i gjennomsnitt 120 dager, mens de ikke-graderte var 27 dager. Dette beror på at de mange korte fraværene svært sjelden er graderte. Lie har i en analyse over alle sykefravær uansett lengde funnet at sannsynligheten for å gå fra gradert sykmelding til friskmelding bare er halvparten så stor som fra hel sykmelding til friskmelding (5). Hvis, på den annen side, de korte fraværene fjernes fra analysen og vi kun ser på *langtidssykmeldte*, tenderer ulikheten å bli omvendt, det vil si at graderte fravær er av noe kortere varighet.

Det andre forholdet som spiller inn er *seleksjonseffekter*. Det er grunn å anta at personer med gradert sykmelding skiller seg fra dem med ikke-gradert sykmelding, blant annet har de antagelig bedre helse. Flere studier har prøvd å kontrollere for seleksjon ved hjelp av avanserte statistiske metoder. Markusen og medarbeidere har gjort en studie hvor de kun inkluderte langtidssykmeldte over 8 uker (6). De fant at gradering hadde betydning for varigheten, og konkluderte med at gradering kan ha en positiv helseeffekt. En dansk studie (7) brukte også sykefraværstilfeller lengre enn 8 uker og fant at overgangen til

friskmelding var 50 prosent høyere for dem som hadde graderte sykmeldinger, også her etter forsøk på kontroll av seleksjonseffekter. Denne studien taler også for at gradering ved lange fravær har sammenheng med kortere varighet av tilfellene. På den annen side ble det i en svensk studie funnet en positiv effekt av gradering kun for sykefraværstilfeller som varte mer enn 120 dager, og at gradering av tilfeller kortere enn 120 dager resulterte i lengre fravær enn ikke-gradering (8).

Spørsmålet om hvilke sammenhenger det er mellom gradering og varigheten av sykefraværet er fortsatt ikke sikkert avklart. Vi regner med at flere studier for å undersøke både utvalgsskjevheter og seleksjonseffekter vil bli gjort fremover.

### Konklusjon

Et viktig funn i vårt prosjekt er at gradering av sykmelding allerede er et vanlig, aktiviserende tiltak ved sykefravær. Det gjelder særlig for sykefraværstilfeller som varer lengre enn tre måneder. Det taler for at gradering er godt kjent og at sykmeldende leger og de sykmeldte selv mener at det er viktig å beholde kontakten med arbeidsplassen ved fravær på grunn av sykdom.

Det var stor variasjon i bruk av graderte sykmeldinger mellom ulike yrker. Der manuelle oppgaver er en viktig del av arbeidet, slik som blant hjelpepleiere, butikkansatte, ufaglærte og i renholdsbransjen, var andelen med graderte sykepenges lav. Det er mulig at dette også er yrker med lav kontroll over egen arbeidssituasjon og liten fleksibilitet. Hvilke mekanismer som ligger bak dette er ikke kjent, men tidligere studier har vist at lav kontroll med egne arbeidsoppgaver kombinert med høye krav har sammenheng med høyt sykefravær (9). På samme måte kan det kanskje være lettere å ha helseproblemer og være delvis i jobb når man har mer kontroll over

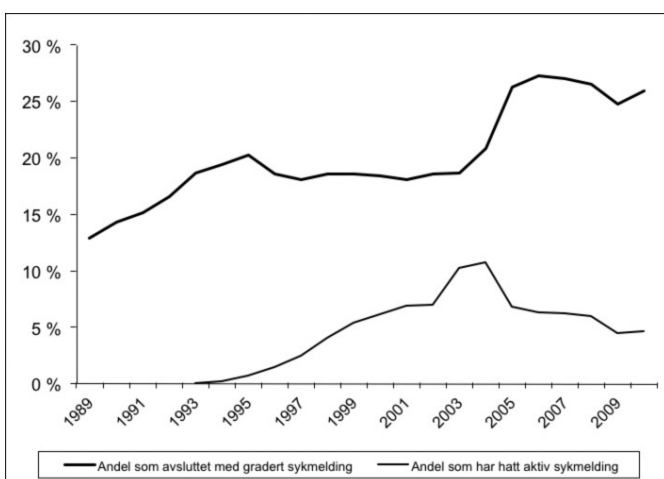
arbeidsoppgaver og arbeidskrav.

Det vil bli interessant å se om bruken av gradert sykemelding øker ytterligere i tiden framover. Hvis gradering da er et alternativ til full sykmelding så vil dette være en ønsket utvikling. Det ligger imidlertid antagelig en fare i at gradert sykmelding kan bli brukt som et alternativ til full friskmelding. Da kan det ikke utelukkes at økt bruk av gradering leder til økt sykefravær.

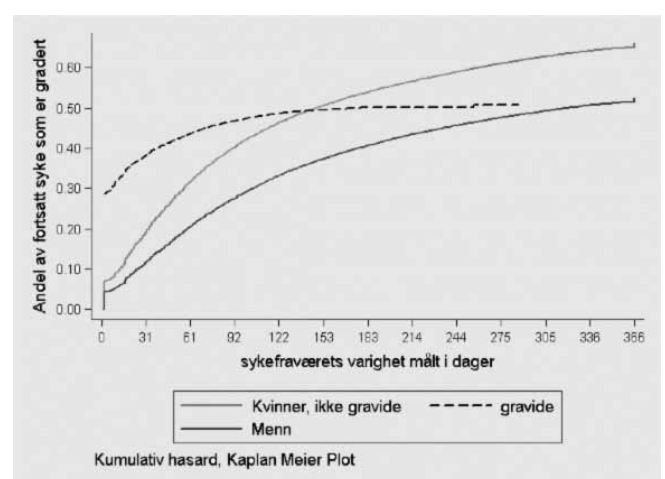
### Referanser

1. Arbeidsdepartementet. Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærvernsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10 i følge mandat av 27.11.09. Oslo: Arbeidsdepartementet, 2010.
2. Waddell G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London; TSO, 2006.
3. Bruusgaard D, Claussen B. Ulike typer sykefravær. Tidsskr Nor Lægeforen 2010; 130: 1834-6.
4. Brage S, Kann IC, Kolstad A, Nossen JP, Thune O. Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk. Arbeid og Velferd nr 3 2011: 32-43.
5. Lie SA. Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb. Oslo: Sluttrapport til FARVE, 2010.
6. Markussen S, Mykletun A, Røed K. The Case for Presenteeism. IZA Discussion Paper No. 5343. Bonn: Institute for the Study of Labor, 2010.
7. Høgelund J, Holm A, McIntosh J. Does graded return to work improve disabled workers' labor market attachment? Working paper no. 2009-06. University of Copenhagen: Centre for Applied Microeconometrics, 2009.
8. Andrén D, Andrén T. Part-Time Sick Leave as a Treatment Method? Working Paper in Economics 320. Göteborg University: Department of Economics, 2008.
9. Allebeck P, Mastekaasa A. Risk factors for sickleave – general studies. I Alexanderson K, Norlund A (red.): Sickness absence – causes, consequences, and physicians' sickness certification practice. Scand J Pub Health 2004; Suppl 63, 51-108.

Figur 1. Andel sykefraværstilfeller som ble avsluttet med gradert sykmelding 1989-2010 og andel med aktiv sykmelding 1993-2010 (Kilde NAV).



Figur 2. Tilbøyelighet til å ha hatt minst én gradert sykmelding (kumulativ hasard), etter varigheten av sykefraværstilfellet, 2009 (Kilde NAV). Menn er nederste linje.





# Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn?

Petter Kristensen,  
Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo.  
pkr@stami.no



Petter Kristensen.

Kvinner har et høyere sykefravær enn menn (1). Dette har blitt observert i ulike land og gjennom en lang rekke år. Det har vært forsket intensivt for å forklare kjønnsforskjellen, men vi er fortsatt langt unna full forståelse.

En vesentlig andel av kjønnsforskjellen kan forklares av kvinners økte sykefravær knyttet til svangerskap og fødsel (1, 2). Men kjønnsforskjellen er tydelig nok selv om betydningen av dette trekkes fra. En mulig forklaring er at belastning av dobbeltarbeid på jobb og hjemme – ”the double burden” – rammer kvinner sterkere enn menn (3). Noe av forklaringen kan også være at kvinner gjennomgående har mer usunt arbeid med større fysiske og psykiske belastninger (4-6). Det har også vært foreslått at forskjellen kan bero på at kvinner har høyere sykkelighet (6) eller at kvinner har en økt vulnerabilitet som gjør at de tåler arbeidsmiljøbelastninger dårligere (5). Siden arbeidsmarkedet i Norge er så kjønnssegregert kunne man også tenke seg en høyfraværskultur i sektorer hvor det jobber mange kvinner (7).

Tor Bjerkedal og jeg undersøkte kjønnsforskjeller i sykefravær blant alle 549 832 som var født i Norge mellom 1967 og 1976 og som var registrert som sysselsatte mellom 2000 og 2003 (8). I denne artikkelen vil jeg spinne videre på funnene fra 2009 i håp om at det kan forklare kjønnsforskjell i en alder hvor en stor andel etablerer seg i arbeidslivet.

## Metode

Studien er basert på kobling mellom flere nasjonale registre ved hjelp av fødselsnummeret. De mest sentrale kildene i denne analysen er NAVs sykepengeregister med identifisering av sykefravær ut over arbeidsgiverperioden (16 dager), FD-trygd og den Nasjonale utdanningsdatabasen. I analysene er *fraværshraten* (antall begynte fravær per 100 sysselsettingsår) beregnet, og rateforskjeller utregnet i stratifisert tabellanalyse. Analysene ble utført separat for kvinner og menn, og separat for vordende foreldre i oppfølgingsperioden og andre. Vordende foreldre var de som var regis-

trert som mor eller far mellom 1. januar 2000 og 6. september 2004, ”andre” var barnløse og de som ble foreldre før 2000. En mer fullstendig beskrivelse av populasjonen, data og analysemetodikk finnes i 2009-publikasjonen (8).

## Resultater

Kvinnene var i alt registrert med 265 603 fravær over 838 995 sysselsettingsår (rate 31,7). Mennene hadde en fraværshrate på 12,6 (125 061 fravær, 991 408 sysselsettingsår). Rateforskjellen var som ventet større blant vordende foreldre enn blant barnløse og foreldre før 2000 (tabell 1). Med forskjellene blant vordende foreldre og de andre som utgangspunkt vil 38,8% av den totale kjønnsforskjellen i befolkningen kunne forklares av fravær knyttet til graviditet og fødsel.

En nærmere analyse av de 325 679 som ikke var vordende foreldre 2000-03 viste en additiv rateforskjell på omtrent 10 (24,8 vs. 12,9). Denne additive forskjellen endret seg lite over strata på ulike forklaringsvariabler som eget og foreldres utdanningsnivå, næringsgruppe, arbeidstid, bosted og kommunetype (data ikke vist). Det eneste markante avviket fra dette mønsteret gjaldt selvstendig næringsdrivende som omfattet 1,8% av kvinnene og 3,9% av mennene: Her var fraværshraten høyere blant menn (25,4) enn blant kvinner (19,2). Tabell 2 viser at den additive forskjellen var noe mindre blant ugifte uten barn og mindre blant dem som hadde gjennomgått en mannsdominert utdanning enn dem som hadde kvinnedominert utdanningsbakgrunn. Det siste skyldes at kvinnes fraværshrate var høyest i den kvinnedominerte kategorien mens mennene hadde høyere fravær i den mannsdominerte kategorien. Kjønnsforskjellen kan eksemplifiseres av fraværshratene for 15 808 kvinner og 2060 menn med høyskoleutdanning innen pleie og omsorg: Fraværshraten var hele 37,9 for kvinnene og bare 9,2 for mennene.

## Diskusjon

Studien tar for seg kjønnsforskjeller i

sykefraværshrate i en befolkning bestående av yngre kvinner og menn. Kjønnsforskjellene var gjennomgående noe større enn i enkelte andre studier, noe som muligens kan bero på ulike valg av mål på sykefravær og en individbasert epidemiologisk analysemetodikk til forskjell fra mer makroøkonomiske tilnærminger (9).

Kvinnene hadde gjennomgående høyere sykefraværshrate, og forskjellene i fravær blant vordende foreldre og andre tyder på at graviditet og fødsel kan forklare knapt 40% av den totale kjønnsforskjellen. For den delen av befolkningen som ikke var vordende foreldre var den additive kjønnsforskjellen omtrent 10 fravær per 100 sysselsettingsår, relativt uavhengig av nivået for ulike forklaringsvariabler. Forskjellen var noe større for gifte med barn enn for ugifte uten barn, hvilket støtter dobbelt arbeidsbyrde (3) som en del av forklaringen. Forskjellen var også noe mindre i utdanningskategorier med manns- enn med kvinnedominans, et funn som er i samsvar med andre norske studier (10). Dette kan gi åpning for ulike forklaringer, blant annet muligheten av ulike fraværskulturer i ulike sektorer (7). Det mest markante mønsteret var likevel den stabile additive kjønnsforskjellen. Selv om flere forklaringer er mulige kan en økt vulnerabilitet hos kvinner i samspill med arbeidsmiljøproblemer (3) være nærliggende.

## Referanser

1. Norges offentlige utredninger. Sykefravær og uførepensjonering – et inkluderende arbeidsliv. NOU 2000: 27, Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 2000.
2. Myklebø S, Thune O. Sykefravær og svangerskap. Arbeid og Velferd 2/2010. Oslo: NAV, 2010: 54–59. [http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Analyser/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/\\_attachement/238662?=&truetype=&ts=1286dcb8108](http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Analyser/Arbeid+og+velferd/Arbeid+og+velferd/_attachement/238662?=&truetype=&ts=1286dcb8108)
3. Voss M, Josephson M, Stark S, et al. The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in

Sweden. Scand J Public Health 2008; 36: 564–572.

4. Mastekaasa A, Dale-Olsen H. Do women or men have the less healthy jobs? An analysis of gender difference in sickness absence. Eur Sociol Rev 2000; 16: 267–286.
5. Hooftman WE, van der Beek AJ, Bongers PM, van Mechelen W. Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence? Scand J Work Environ Health 2009; 35: 85–95.
6. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. Occup Environ Med 2008; 65: 325–330.
7. Kostøl SR, Telle K. Sykefraværet i Norge de siste tiårene: Det handler om kvinnene. Samfunnsøkonomen nr. 1 2011: pp. 4–14.
8. Kristensen P, Bjerkedal T. Kjønnforskjeller og sosiale ulikheter i sykefravær 2000-03 blant fødte i Norge, 1967-76. Norsk Epidemiologi 2009; 19(2): 179–191. <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/589/555>
9. Gjesdal S. Sykefraværets utvikling i Norge 1975-2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 742–745.
10. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. Soc Sci Med 2005; 60: 2261–2272.

Tabell 1. Fraværssrate (antall fravær per 100 sysselsettingsår) etter kjønn og reproduksjonshistorie blant 263 605 kvinner og 286 227 menn født i Norge 1967-76\*

Kategori	Kvinner		Menn	
	Andel	Fraværssrate	Andel	Fraværssrate
Total		31,7		12,6
Barnløs	0,275	18,8	0,433	10,1
Forelder før 2000†	0,291	30,8	0,183	19,2
Vordende forelder 2000-03‡	0,434	40,8	0,383	12,2

\*Bosatt i riket 1. januar 2000 med registrert sysselsetting i oppfølgingsperioden 2000-03

† Ingen barn i oppfølgingsperioden

‡ Med eller uten barn før oppfølgingsperioden

Tabell 2. Fraværssrate (antall fravær per 100 sysselsettingsår) etter kjønn og utvalgte deskriptive karakteristika blant 149 163 kvinner og 176 516 menn født i Norge 1967-76\*

Kategori	Kvinner		Menn	
	Andel	Fraværssrate	Andel	Fraværssrate
Total		24,8		12,9
Familietype 1999				
Ugift uten barn	0,455	18,2	0,681	10,0
Gift uten barn	0,025	27,2	0,020	12,1
Førgift uten barn	0,007	33,8	0,004	15,6
Ugift med barn	0,233	32,8	0,157	21,4
Gift med barn	0,245	32,3	0,151	14,1
Førgift med barn	0,031	46,8	0,014	22,6
Kjønnsdominans i utdanning				
Mannsdominert	0,039	30,1	0,437	14,7
Kvinnedominert	0,376	34,1	0,071	10,0
Annet	0,585	30,2	0,492	11,1

\*Bosatt i riket 1. januar 2000 med registrert sysselsetting, og ikke registrert som vordende forelder i oppfølgingsperioden 2000-03

#### Referanser til artikkel side 13

- (1) Nav. Tall og analyser fra Nav. <http://www.nav.no/OM+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse>. 2010.
- (2) Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. Scand J Prim Health Care 2011 Mar;29(1):7-12.
- (3) Waddel G, Burton AK. Is work good for your health and well-being? London: TSO, Department of Work and Pensions, HM Government, UK; 2006.
- (4) Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. Occup Environ Med 2008 Mar;65(3):153-7.
- (5) Lund T, Kivimaki M, Labriola M, Villadsen E, Christensen KB. Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: the prospective DREAM study of Danish private sector employees. Occup Environ Med 2008 Jan;65(1):28-31.
- (6) Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. J Occup Rehabil 2002 Dec;12(4):233-56.
- (7) Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MN. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. J Occup Rehabil 2005 Dec;15(4):543-56.
- (8) Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation: the Quebec experience. Clin J Pain 2003 Mar;19(2):105-13.
- (9) Pransky G, Gatchel R, Linton SJ, Loisel P. Improving return to work research. J Occup Rehabil 2005 Dec;15(4):453-7.
- (10) Franche RL, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. J Occup Rehabil 2005 Dec;15(4):607-31.
- (11) Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability. J Occup Rehabil 2008 Mar;18(1):2-15.
- (12) Aas RW. Workplace-based sick leave prevention and return to work, explorative studies. Stockholm: Karolinska institutet; 2011.
- (13) Hagen EM, Eriksen HR, Ursin H. Does early intervention with a light mobilization program reduce long-term sick leave for low back pain? Spine (Phila Pa 1976) 2000 Aug 1;25(15):1973-6.
- (14) Haugli L, et al. Arbeidsrettet rehabilitering i Norge i dag - hvor står vi og hvor går vi. Utposten 2010;4.
- (15) Haugli L, Maeland S, Magnussen LH. What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation. J Occup Rehabil 2011 Mar 26.
- (16) Braathen T.N., Veiersted K.B, Heggnes J. Improved workability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects with long term sickleave. J Rehabil Med 2007;39:493-9.
- (17) Oyefflaten I, Hysing M, Eriksen HR. Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation. J Rehabil Med 2008 Jul;40(7):548-54.

# Arbeidsrettet rehabilitering av nakke- og ryggpasienter i en spesialistpoliklinikk

Kjersti Myhre,  
Oslo universitetssykehus, Ullevål og  
Gunn Hege Marchand,  
NTNU/St.Olavs hospital, Trondheim



Kjersti Myhre.



Gunn Hege Marchand.

## Bakgrunn

Sykefravær på bakgrunn av nakke- og rygg smerter er en velkjent, men uløst utfordring i Norge. Tverrfaglig rehabiliteringstilbud innebefattende kognitiv intervensjon, aktivitet, trening og undervisning har vist effekt på smertelindring og funksjon (1), men utilstrekkelig effekt på tilbakegang i arbeid (2).

Prevention of work handicap "PREVICAP-modellen" ble utviklet i Canada for å hindre langvarig funksjonssvikt og hjelpe pasientene tilbake til arbeid (3). Previcap vektlegger tiltak rettet mot arbeidsplassen som eventuelt etterfølges av tverrfaglig rehabilitering. Pasienter behandlet etter PREVICAP modellen returnerte til jobb 2,4 ganger så raskt som de som fikk vanlig behandling (3). Modellen er også testet i Nederland med gode resultater (4).

Hensikten med dette prosjektet var å teste om en modell basert på PREVICAP og tilpasset norske forhold hadde effekt på tilbakegang i arbeid hos en populasjon av nakke- og ryggpasienter henvist til spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av arbeid og funksjon har vært en viktig basis for den arbeidsrettede intervensjonen.

## Materiale og metode

Pasienter henvist til Nakke- og ryggpoliklinikken ved Oslo universitetssykehus (OUS) Ullevål og Tverrfaglig poliklinikk, rygg-nakke-skulder ved St.Olavs hospital i perioden 2009-2011, ble invitert til å delta. Pasientene ble randomisert til PREVICAP eller "vanlig behandling". Vanlig behandling var de etablerte regionale tilbud ved Oslo universitetssykehus Ullevål og St.Olavs hospital, henholdsvis "Brief intervention" og "Vertebra". Vertebra er et tverrfaglig rehabiliteringsopplegg over 3 uker.

Pasientene måtte være i arbeidsfør alder, sykemeldt 1-12 mnd og de måtte ha en jobb de kunne komme tilbake til.

## Kartlegging

Demografiske data og yrke basert på ISCO-88 ble registrert. Det ble gjennomført en standardisert klinisk undersøkelse. Pasientene rapporterte smertenivå på en 11 delt numerisk skala, utbredelse av smerte på smertetegning og hva de trodde forårsaket smertene deres. "Emosjonell distress" ble rapportert i HSCL-10 og Hospital anxiety and depression scale (HADS). Frykt for bevegelse i Fear Avoidance beliefs og funksjonsnivå i Oswestry Disability Index. Selvrappert psykososialt arbeidsmiljø ble registrert i QPSNordic og en norsk versjon av ERI-Q (Effort-reward Imbalance questionnaire).

## Tilpasning av Previcap modellen til norsk spesialisthelsetjeneste

Vi designet intervensjonen etter prinsippene fra PREVICAP med fokus på arbeid, aktivitet og mestring. Et tverrfaglig team med lege, arbeidskonsulent/sosionom og fysioterapeut bistod med individuell og gruppebasert veiledning og aktivitet. Pasientene fikk forsøke forskjellige aktiviteter i treningssal under veiledning av fysioterapeut som oppmuntret, rettet, trygget og tilpasset aktiviteten. Arbeidsplassintervensjonen er den viktigste delen av PREVICAP. Faktorer som kan bidra til redusert arbeidsevne knyttet til smerte, fysisk og psykisk funksjon samt psykososiale, administrative, interpersonelle eller ergonomiske utfordringer i arbeidet ble derfor kartlagt. Det ble utarbeidet en plan om tilbakegang til arbeid for den enkelte pasient hvor målet var at dato for 100 % friskmelding skulle fastsettes.

## Resultater

Det er inkludert til sammen 412 pasienter i studien. Studiepopulasjonen har en gjennomsnittsalder på ca 40 år (SD 10,0) og det er omtrent like mange kvinner som menn (47 % kvinner/53 % menn). Sykefraværet er selvrappert over og

under 100 dager. 52 % har et sykefravær på over 100 dager. Yrkesfordelingen i vår populasjon er som vist i figur 1.

Gjennomsnittlig smerteintensitet ble angitt til 6 (0-10), SD= 2,3 og gjennomsnittlig funksjonstap rapportert i ODI er 36, SD=13,5. 31 % rapporterte betydelig eller veldig sterk funksjonssvikt (ODI mer enn 40).

Foreløpige analyser viser at en stor andel av populasjonen scorer over 1,85 på HSCL-10. 1,85 brukes som cut-off for å predikere mental sykdom (5).

Foreløpige resultater viser også at rapportert krav, kontroll og støtte i arbeidet i QPS-Nordic ikke skilte seg vesentlig fra en nordisk referansepopulasjon (6). Rapporterte verdier på innsats/belønning i ERI-Q viser heller ikke vesentlige forskjeller sammenliknet med en populasjon fra en norsk kommune (7). Imidlertid finner vi noe økt andel av vår populasjon med ERI > 1 sammenliknet referansepopulasjonen.

## Diskusjon

Arbeidskonsulenten tar vanligvis kontakt med arbeidsgiver og på den måten binder helse og arbeid sammen. Det er svært få som reserverer seg mot at arbeidskonsulenten tar kontakt med arbeidsgiver.

Arbeidskonsulenten informerer om at vi skriver en opptrappingsplan og deres erfaringer er at dette oppfattes positivt av arbeidsgiver. Det gir også en mulighet til å få med innspill fra arbeidsgiver i rehabiliteringsplanen. Mange av pasientene rapporterer at deltagelse i vår "PREVICAP intervensjon" fører til at de kommer seg ut av isolasjonen og inaktiviteten som sykemeldingen ofte fører med seg. Opptrappingsplanen tas med til fastlege og arbeidsgiver og gjør det lettere for arbeidstaker å diskutere opptrapping med arbeidsgiver.

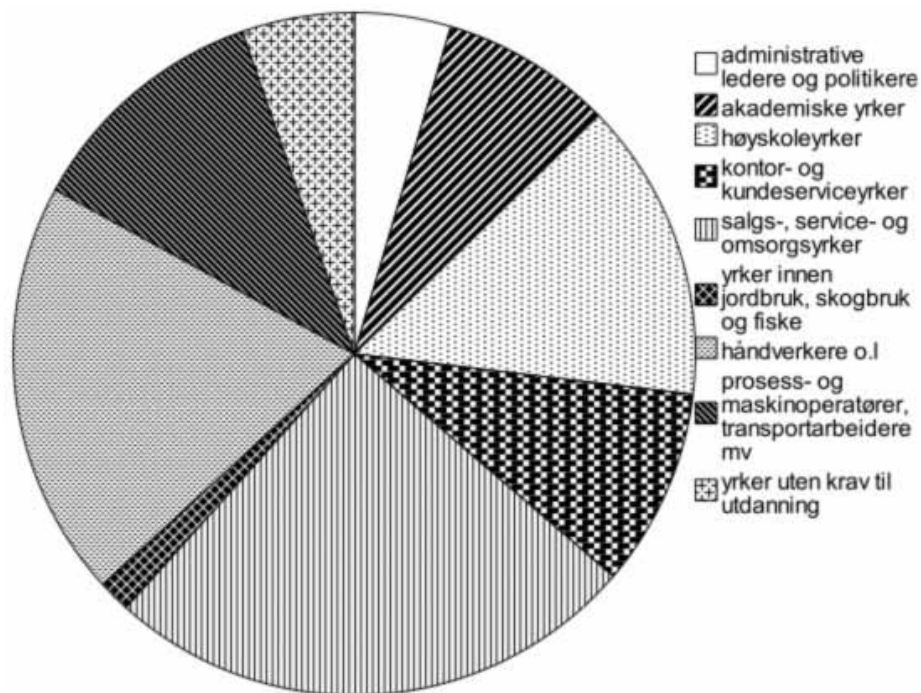
Pasientgruppen er sammenliknbar med pasientpopulasjonene beskrevet i tidligere norske studier mhp. smerte og funksjonsnivå (8-10).

De foreløpige resultatene viser en yrkesmessig bredde som er utfordrende når arbeidsplassen skal kartlegges og tilrettelegges. De psykososiale kravene i arbeidet var i gjennomsnitt sammenliknbar med referansepopulasjonen. Imidlertid gjenstår analyser som vurderer kravene i forhold til grad av smerte og funksjonstap. Resultatene fra forholdet mellom innsats og belønning indikerer allerede at vi har mer utsatte grupper blant pasientene. Hvordan slik forhold påvirker hvordan det går på sikt mhp yrkesdeltakelse, så vel som om det påvirker respons på PREVICAP intervensjonen, er spørsmål vi reiser. Resultatene som beskriver effekt av PREVICAP intervensjonen sammenliknet med de tidligere etablerte behandlingstilbudene ved Oslo universitetssykehus, Ullevål og St. Olavs hospital vil vi ha høsten 2012 når fullstendige data på 1 års oppfølging foreligger.

### Referanser

1. van Tulder M. et al.. Exercise therapy for low back pain: a systematic review within the framework of the cochrane collaboration back review group. *Spine* 2000;25: 2784-96.
2. Schaafsma F et al.. Physical conditioning programs for improving work outcomes in workers with back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2010(1): CD001822.
3. Loisel P et al.. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997; 22:2911-8.
4. Anema, J.R., et al., Multidisciplinary rehabilitation for subacute low back pain: graded activity or workplace intervention or both? A randomized controlled trial. *Spine* 2007; 32:291-8; discussion 299-300.
5. Strand BH et al.. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry* 2003;57:113-8.
6. Lindsröm K et al.. User's guide for the QPSNordic: general Nordic questionnaire for psychological and social factors at work. *TemaNord* 2000:603.

Figur 1. Yrkesfordeling.



Tabell 1. Demografiske data.

Alder, gjennomsnitt i år	40,5
Kvinner, %	47
Pasienter som er gift/samboer, %	70
Pasienter med norsk morsmål, %	78
Pasienter sykemeldt over 100 dager, %	52
Pasienter med kun nakkesmerter, %	12

7. Lau B. Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. *J Occup Med Toxicol* 2008;3: 9.
8. Grotle M et al. Fear-avoidance beliefs and distress in relation to disability in acute and chronic low back pain. *Pain* 2004;112:343-352.
9. Brox JI et al. Four-year follow-up of surgical versus non-surgical therapy for chronic low back pain.

- Annals of the Rheumatic Diseases 2009;69:1643-1648.
10. Lambeek LC et al.. Randomised controlled trial of integrated care to reduce disability from chronic low back pain in working and private life. *BMJ* 2010;340:1035-1035.

# Hva bidrar til at sykmeldte kommer tilbake til arbeid

Liv Haugli, Nasjonalt Kompetansesenter i Arbeidsrettet rehabilitering, Rauland

Er dette et medisinsk spørsmål, et politisk eller kanskje filosofisk spørsmål? Den store andelen av de langtidssykmeldte har diagnosen muskel- og skjelett plager og/eller lettere psykiske lidelser(1). Det er ofte få eller ingen objektive funn som kan forklare symptomene. Mange er ferdig behandlet eller ferdig utredet, men har likevel ikke klart å komme tilbake til arbeidslivet. Ofte har disse sammensatte plager dvs. plager fra flere organsystemer og ofte ulike livsproblemer. Ofte er diagnosen de har fått på sykmeldingsblanketten tilfeldig, i den forstand at ulike leger vil sette ulike diagnoser på samme tilstand (2). Diagnosen i majoriteten av sykmeldingstilfellene sier lite om hva slags tiltak som vil bidra til tilbakeføring til arbeid. Hvorvidt et tiltak medfører tilbakeføring til arbeid kan være lett å måle, men det er uendelig vanskelig å forstå og derved operasjonalisere hva som egentlig bidrar til tilbakeføring. For å belyse dette nærmere vil jeg eksemplifisere med to case:

*Svein er 53 år. Han har vært produksjonsarbeider i over 30 år, men han har ikke tatt fagbrevet. Siste årene har han hatt mye plager med vondt i ryggen, og han har hatt flere sykmeldinger pga. dette. Han har nå vært sykmeldt i 8 mnd. Han trives godt på jobben og trives med kollegaene. Den siste tiden er han også blitt tiltagende mer engstelig og deprimert. Solfrid er 42 år og jobber i 80 % stilling som hjelpepleier på et bo og service senter. Hun ønsker full stilling men jobber mye ekstravakter slik at økonomien likevel er ok. Har nok jobbet mer ekstravakter enn det som er tillatt iht. Arbeidsmiljøloven, men som hun sier: "Noen må trø til når det ikke er folk på jobb". Solfrid trives med jobben og kollegene, men siste tiden har hun vært mye sliten. Det er en tung fysisk jobb hun har og hun merker det i kroppen; det er mye verking. Hun sover dårlig. Hun har nå vært sykmeldt i 8 uker. Dette er to personer som ikke trives med å være sykmeldt egentlig. De trives på jobb og de ønsker å jobbe, men nå klarer de det ikke. De representerer ca. 700000 personer i Norge i yrkesaktiv alder som er midlertidig eller varig ute av arbeidslivet. De representerer ca. 1/5 av befolkningen i yrkesaktiv alder! (1). Det er god dokumentasjon på at deltakelse i arbeidslivet er viktig for helsa (3). Det*

bidrar til mestring og sosialt fellesskap, sikrer inntekt og reduserer fattigdom. Hva er sjansen for at disse to kommer tilbake til arbeid? Og hva tenker du evt. skal til? De aller fleste sykmeldte kommer tilbake til arbeid helt av seg selv og de skal ikke ha noe tiltak! Men allerede etter 3 – 4 uker sykmelding øker risikoen for å falle ut av arbeidslivet (4,5) Langtids sykefravær er ikke lenger sett på bare som en konsekvens av sykdom, men mer som et resultat av samhandling mellom arbeidstaker, helsevesenet, arbeidsmiljøet og trykkesystemet (6). Tilbakeføring til jobb kan bli sett på som en kompleks atferdsendring som involverer bedring av funksjon, motivasjon, atferd og samhandling mellom flere aktører (7).

Hva vet vi i dag om hva som fremmer tilbakeføring:

- Tidlig intervensjon
- Tverrfaglige intervensjoner: Sherbrook modellen, KIA prosjektet (8)
- Involvering av arbeidsplass (9)
- Kontakt mellom helsetjeneste og arbeidsplass (10)
- Nærvær av koordinator, vanskelig å finne ut av systemet. Trenger en koordinator som er utdannet til det for å hjelpe med tilbakeføringsprosessen. Ulike tilbud er fragmentert (11)
- Tilrettelegging av arbeidsplass; review studier viser ulik evidens for effekt av arbeidsplassintervensjoner (12)
- Forsikre og trygge den sykmeldte om at symptomene ikke er farlige (13)

Svein og Solfrid kom til et tverrfaglig arbeidsrettet rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. I løpet av et 4 ukers opphold kan personalet observere Svein og Solfrid over tid og intervensjon over tid. De vil kunne kartlegge deres medisinske situasjon, hvordan de tenker rundt sin situasjon og arbeidssituasjonen. Der er det lege, fysioterapeut, idrettspedagoger og arbeidskonsulenter. Noen steder er det også spesialutdannede sykepleiere eller ergoterapeuter. De fleste institusjonene tar inn nye pasienter i grupper uavhengig av diagnose. Det betyr at de kan lage et opplegg for brukerne hvor de utnytter gruppeeffekten, hvor fokuset er på hva de klarer og ikke diagnosen. Fysisk aktivitet og hjelp til bevisstgjøring av egne tanke-

mønstre er som oftest en viktig del av opplegget (14).

## Hvordan gikk det med Svein?

Under kartleggingen av Svein kom det frem en mistanke om at han hadde lese-skrive vansker. Han fikk en test og dette ble bekreftet. Svein trengte å ta fagbrev pga økte produksjonskrav. Hans lese – skrive ferdigheter og krav om fagbrev sto ikke i forhold til hverandre. Erfaringen til de som jobber innen fagfeltet arbeidsrettet rehabilitering er at mange av deltakerne har ulike problemer som uoppdaget lese – skrive vansker, omsorgssvikt i barndommen, store omsorgs byrder, økonomiske problemer, konflikter i forhold til arbeid eller familie. De har rett og slett tøffe livssituasjoner.

## En kvalitativ studie om hva brukerne opplevde bidro til tilbakeføring til arbeid

Vi spurte Svein og Solfrid og 18 andre 3 år etter oppholdet, hva var det som bidro til at du kom tilbake til arbeid? Ti hadde kommet tilbake til arbeid og ti var blitt uføretrygdet (15).

Resultatene viste at brukerne ikke snakket om arbeidslivet som atskilt fra familielivet eller om helse som atskilt fra livet. De snakket om hele sin livssituasjon når de snakket om hva som bidro til at de kom tilbake til arbeid. De som var uføretrygdet vektla viktigheten av å bli sett, hørt og tatt på alvor, mens de som var tilbake i arbeid vektla andre faktorer.

Svein svarte: "Jeg fikk tid og anledning til å tenke over min egen situasjon. Jeg ble utfordra både av fagpersonene og av gruppa på å tenke over dette. Jeg spurte meg selv "Hvem er jeg hvis jeg ikke er produksjonsarbeider lenger? Jeg ble utfordra på dette. Og så skjønte jeg at jeg ikke var dum, bare hadde lese-skrive vansker. Det hjalp meg noe veldig. Og det at jobben støttet meg til å ta det fagbrevet – de viste jo at de hadde tro på meg – og da måtte jeg gi meg selv en sjanse"

Svein satte ord på at det var viktig å bli utfordret på egen identitet, egne tanker om seg selv og å få støtte fra omgivelsene.

Solfrid sa: "Jeg lærte å prioritere hva som var viktig for meg, hva jeg ønsket. Jeg



lagde en liste over det som var viktig for meg å gjøre og hva jeg brukte tiden min på å gjøre. De listene hang ikke i hop. Så satte jeg meg ned og dobbeltsjekket hva jeg ønsker i livet mitt; hvem er det jeg gjør det for, hva vil jeg oppnå og hva krever det av meg for å oppnå det?" "Jeg hadde hatt fokus på alt det jeg ikke lenger klarte å gjøre så lenge og de (gruppa) tvang meg til å se på hva jeg kunne klare og hva jeg ønsket å klare!"

Solfrid sier noe om viktigheten av økt bevisstgjøring av egne verdier og egne ressurser.

Denne kvalitative studien viste at brukernes erfaringer med hva som bidro til at de kom tilbake til arbeid var følgende:

1. Et godt møte som innebar det å bli sett, hørt og tatt på alvor av fagpersonene.
2. Bidra til økt selvforståelse som innebar økt bevisstgjøring av egen identitet, verdier og ressurser-
3. Støtte fra betydningsfulle andre som bl.a. innebar støtte fra de andre bru-

kerne i gruppa, arbeidsgiver og NAV. Det å bli utfordret på egen selvforståelse synes å være et nødvendig element (15). Dårlig selvbylde er sannsynligvis helsemessig farligere enn høyt kolesterol. På Rehabiliteringssenteret i Rauland har vi vist at ved å jobbe med egen selvforståelse og med fysisk aktivitet – som også er en vesentlig faktor i manges selvbylde - og ved å gjøre dette samtidig med å ha arbeidsplassen og arbeid i fokus økes sjansen for en god tilbakeføring til arbeid.

En kontrollert studie av Tore Braathen viser at deltakerne rapporterer bedret arbeidsevne etter 4 mnd. og 80 % er tilbake i arbeid sammenlignet med 66% i kontrollgruppen (16). En annen studie viser at ca. 60 av våre brukere kommer tilbake til arbeidsrelatert aktivitet etter et år (17).

Vi vet for lite om hva som bidrar til at sykmeldte kommer tilbake til arbeid. Mye av sykefraværskforskningen har dreid seg om årsak til sykdom, risikofaktorer for fravær og uførhet og vi har hatt

lite fokus på hva som bidrar til at sykmeldte kommer tilbake til arbeid.

Vi vet for lite om:

- Hvordan påvirker selvforståelsen arbeidsdeltakelse og hvordan kan vi som helsepersonell påvirke selvforståelsen og mestringsevnen?
- Hvordan påvirker sosial ulikhet arbeidsdeltakelse?
- Hva betyr oppvekstvilkår for arbeidsdeltakelse?
- Psykisk sykdom, kreft - mange har problemer med å komme inn på arbeidsmarkedet
- Bæredyktig intervensjon – når har de som er tilbake i jobb samme risiko som andre for å bli sykmeldt?

Utfordringene er mange. Norsk trygdemedisin har med andre ord fortsatt mange arbeidsoppgaver i tiden fremover. Jeg ønsker norsk trygdemedisin lykke til i tiden fremover.

**Referanser finnes på side 10**

## STYRETS SPALTE

### Angående undervisning i arbeidsmedisin ved de medisinske fakultetene i Norge

*NAMF/NFAM har i flere år arbeidet for å bedre utdanningen i arbeidsmedisin ved fakultetene i Oslo og Tromsø. I inneværende styreperiode er arbeidet med denne saken satt opp som et hovedsatsingsområde. Det har tatt tid å komme videre i denne saken. Styret vil derfor redegjøre for det som har skjedd i løpet av 2011.*

Den 1.03.11 ble det sendt brev fra Legeforeningen til de fire medisinske fakultetene i Norge med anmodning om en redegjørelse for omfanget og opplegget for undervisningen i arbeidsmedisin og antall vitenskaplig ansatte innen fagområdet.

Alle fakultetene besvarte henvendelsen, og i brev datert 23.05.11 oppsummerte Legeforeningen svarene:

*Det ble stadfestet at det er store ulikheter i undervisningstilbudet i arbeidsmedisin for medisinske studenter ved de ulike fakultetene i landet. Mens studentene i Trondheim og Bergen har et omfattende og godt tilbud, får Tromsø- og Oslo-studentene langt færre timer knyttet til fagområdet. Fakultetene i Oslo og Tromsø har for tiden heller ingen ansatte med tanke på å undervise i arbeidsmedisin.*

Dette visste vi vel egentlig fra før, men nå har vi informasjonen fra fakultetenes egenrapportering og status er oppsummert fra Legeforeningen sentralt.

I juni ble Legeforeningens oppsummering sendt tilbake til fakultetene sammen med argumenter for arbeids-

medisinens plass i legenes grunnutdanning:

*Vi mener at bevisstheten om arbeidets betydning for helse øker i samfunnet. Dette bør derfor gjenspeiles i grunnutdanning av leger som skal praktisere i Norge. Samtidig vil behovet øke for flere spesialister innenfor fagfeltet, blant annet grunnet satsinger fra myndighetene gjennom godkjenningsordningen for bedriftshelsetjenesten og utvidelse av antall bedrifter som skal være tilknyttet bedriftshelsetjeneste.*

*På sykehusavdelingene i Oslo, Skien, Bergen, Trondheim og Tromsø samt ved Statens arbeidsmiljøinstitutt i Oslo er nå ressursene økt med bedret kapasitet til pasientutredninger og forskning og også til utdanningsvirksomheten.*

*Vi mener det er viktig at alle studentene, uansett hvor de studerer, bør få tilnærmet det samme undervisningstilbudet i arbeidsmedisin. Vi ber derfor fakultetene i Oslo og Tromsø om å vurdere å øke omfanget av undervisningen i arbeidsmedisin i forbindelse med pågående diskusjoner om fagets plass i undervisningen av medisinske studenter.*

*Undervisningen bør først og fremst bygges opp ved hjelp av de lokale ressursene som er tilgjengelige i Oslo og Tromsø, for eksempel ved at det opprettes professor II-stillinger eller lignende i samarbeid med de arbeidsmedisinske avdelingene disse stedene.*

I etterkant av dette har saken tatt vært

opp med Legeforeningens nye president, både når det gjelder prosess og argumenter. Vi har også avgitt høringsuttalelse vedrørende revisjon av studieplanen i Tromsø og merker oss at Arbeidsdepartementet har tatt opp disse utfordringene i sin ferske stortingsmelding nr. 29/2011: Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv. Her står det: *Mangel på forskningskompetent fagpersonell, i tillegg til at universiteta ikkje har lagt vekt på arbeidsmedisin i utdanninga av studentar, har ført til at arbeidsmedisinen har vore lite synleg i utdanninga av norske legar...Arbeidsdepartementet vil gjennom dialog med andre departement som er involverte, søkje å få til ei høgre prioritering av forskningsbasert arbeidsmedisinsk undervisning ved universiteta.*

Vi håper våre medlemmer er enige i at vi har gode argumenter i saken. Vi kan likevel ikke love et med våre øyne positivt utfall av prosessen, men vi forventer nå at vi nærmer oss beslutninger både når det gjelder universitetsstillinger og større plass på timeplanen ved legeutdanningen i Oslo og Tromsø.

*Knut Skyberg, NAFM, Tore Tynes, NFAM, Tor Erik Danielsen, Institusjonsutvalget*

# Styrene 01.09.2011 – 31.08.2013

**Knut Skyberg, leder Namf**

Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo  
Tel: 23 19 51 00  
e-post: knutsk@stami.no

**Tore Tynes, leder Nfam**

Statens arbeidsmiljøinstitutt  
Postboks 8149 Dep, 0033 Oslo  
Tel: 23 19 51 00  
e-post: tore.tynes@stami.no

**Tone Eriksen**

Arbeidstilsynet Østfold og Akershus  
Postboks 386, 1502 Moss  
Tel: 815 42 222 Mobil: 97985146  
e-post: tone.eriksen@arbeidstilsynet.no

**Jarand Hindenes**

Haugaland HMS-senter, avd Sand  
Verven 1, 4230 Sand  
Tel: 52 79 05 10  
e-post: jarand@mac.com

**Agneta Iversen**

Nordea Bank Norge ASA  
Postboks 1166 Sentrum, 0107 Oslo  
Tel: 22 48 63 21  
e-post: agneta.iversen@nordea.com

**Helle Laier Johnsen**

Frisk HMS, Storgata 133  
Pb 14, 2391 Moelv  
Tel: 62 33 01 33  
Mobil tlf. 92042621  
e-post: helle.laier@dadlnet.dk

**Lise Sørbo**

Hjelp 24 AS  
Sinsenveien 53 A, 0585 Oslo  
Tel: 02442 Mobil: 41242009  
e-post: lise.sorbo@hjelp24.no

**Vararepresentanter:****Gro Klara Altenau**

Arsana HMS  
Strandgaten 14, 5013 Bergen  
Tel 55 55 05 80  
e-post: gro.altenau@arsana.no

**Wenche Røysted**

Seksjon for arbeidsmedisin  
Sykehuset Telemark, 3710 Skien  
Tel: 35 00 35 00  
e-post: wenche.roysted@sthf.no

**Gunnar Skipenes**

Troms Militære Sykehus  
Forsvaret, Postboks 314, 9356 Bardu  
Tel: 77 89 71 01  
e-post: gskipenes@mil.no

Redaksjonen samler informasjon fra foreningen under overskriften "Foreningsnytt". Her vil du finne referater fra styremøtene og annen informasjon fra Norsk arbeidsmedisinsk forening. Referatene vil være noe forkortet, av plasshensyn i bladet. For fullstendige referater, henvises til foreningens nettsider (<http://www.legeforeningen.no/>).

## Protokoll fra 124. ordinære styremøte i Norsk arbeidsmedisinsk forening og Norsk forening for arbeidsmedisin tirsdag 4. oktober 2011

### *Kurs i BHT for helsesektoren.*

Styret besluttet å vente med å utarbeide kurs i BHT for helsesektoren. Jarand Hindenes og Tone Eriksen utarbeider utkast til artikkel i Tidsskriftet om temaet som presenteres for styret i neste møte.

### *Oppnevning av representant til Regionsutvalg Sør-Øst.*

Styret mente dette burde være en person som representerer Oslo Universitetssykehus (OUS) på grunn av prosessen med å slå sammen sykehusene i Oslo. Tor Erik Danielsen tar dette opp på avdelingsmøte på OUS.

### *Oppnevning av repr til UEMS.*

Namf/Nfam representeres nå av Kristian Vetlesen og Tor Erik Danielsen. Styret mente begge representantene burde ha sentrale verv og oppnevnte Tore Tynes i tillegg til Tor Erik Danielsen.

### *Oppnevning av institusjonsutvalg.*

Styret gjenoppnevnte nåværende medlemmer i institusjonsutvalget. Institusjonsutvalget består av Tor Erik Danielsen, Oddfrid Aas og Liv Sanne.

### *Oppnevning av forskningsutvalg.*

Styret gjenoppnevnte nåværende medlemmer i forskningsutvalget. Forskningsutvalget består av Merete D. Bugge, Bjørn Hilt, Tor Erik Danielsen og Helle Laier Johnsen

### *Høring: Forslag til forskrift om obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid.*

Agneta Iversen og Tone Eriksen utarbeider forslag til høringsvar som sirkuleres styret innen 21.10. 2011 for kommentarer.

### *Invitasjon til jubileumsseminar i Rådet for legeetikk.*

Knut Skyberg representerer Namf/Nfam og melder seg selv på til konferansen.

### *Redaksjonsutvalg for Ramazzini.*

Sekretariatet tar kontakt med Bente E. Moen for å avklare hvem som vil fortsette i redaksjonsutvalget.

### *Høring - Utkast til retningslinjer for diagnostisering og oppfølging av personer med kols.*

Helle Laier Johnsen hadde fått informasjon om høringen gjennom sitt medlemskap i Lungelegeforeningen. Styret stilte seg undrende til at Namf/Nfam ikke var adressat for høringen, og den var heller ikke synlig blant høringene i høyremenyen på Min side, men bare ved å åpne høringsarkivet. Styret besluttet likevel å utarbeide høringsvar. Helle Laier Johnsen og Tone Eriksen utarbeider utkast til høringsvar. Frist til Legeforeningen er 21.11. 2011.

### *Informasjon om det arbeidsmedisinske fagområdet.*

UEMS savnet en kort presentasjon av arbeidsmedisinen i Norge på engelsk på sine hjemmesider. Tor Erik Danielsen og Tore Tynes utarbeider i første omgang en presentasjon på norsk som kan legges ut på arbeidsmedisin.no. Utkast til tekst presenteres på neste styremøte.

### *Grunnkurs i allmennmedisin – bolk om arbeidsmedisin*

Tor Erik Danielsen hadde vært i kontakt med Sverre Borgen som er medlem av kurskomiteen som utarbeider nytt nettkurs i forebyggende medisin for allmennpraktikere. Borgen hadde invitert Namf/Nfam til å utarbeide en liten bolk om arbeidsmedisin som kunne inngå i kurset. Det foreligger allerede et kurs om innføring i arbeidsmedisin som nå er til revisjon. Tor Erik Danielsen og Tore Tynes har ansvaret for å følge opp og eventuelt kontakte Bente Moen om noe av det eksisterende kurset brukes.

### *Lønnsundersøkelse.*

Styret gjennomførte for to år siden en lønnsundersøkelse. Undersøkelsen skulle gjentas etter to år. Jarand Hindenes legger fram forslag til ny undersøkelse på neste styremøte.









Returadresse:  
Doktor i Nord  
Postboks 665,  
8001 Bodø



## B - Økonomi