



2 0 0 4

Arbeid velferd og samfunn

- En ny virkelighet for velferdsstaten
- Det velferdsindustrielle kompleks
- Fra passive mottakere til aktive deltakere
- Mer informasjon og bedre kontroll
- Brukeren i sentrum

Utgiver:
Rikstrygdeverket, desember 2004

Ansvarlig redaktør:
Trygdedirektør Arild Sundberg

Redaksjonen:
Hilde Olsen, Anita Mølmesdal Sivertsen, Anne-Cathrine Grambo,
Ida Frisak Ringnes, Kjell Arne Nyheim, Martin Andresen,
Niels Wulfsberg og Tove Bø Laundal

Adresse:
Rikstrygdeverket
Postboks 5200, Nydalen
0426 Oslo

E-post:
rikstrygdeverket.utredningsavdelingen@trygdeetaten.no

Bestilling:
Rapporten kan bestilles på 22 92 70 70 eller
pr mail: RTV@trygdeetaten.no

trygdeetaten.no
Rapporten legges ut på www.trygdeetaten.no

Design: Aase Bie
Illustrasjonsfoto: Dag Sem Reklamestudio
Trykkeri: Stavanger Offset
Opplag: 2000

ISBN 82-551-1057-7

Forord

For at trygdeordningene våre skal være et levende og godt verktøy i samfunnsutviklingen og for den enkeltes velferd, må vi hele tiden produsere ny kunnskap om effektene av de ulike delene av trygdesystemet. Minst like viktig er det å formidle denne kunnskapen på en god måte. Mitt ønske er at den publikasjonen du nå holder i hånden, «Arbeid, velferd og samfunn», skal være et godt bidrag til å formidle en del av denne kunnskapen.

De ulike artiklene i dette første nummeret av «Arbeid, velferd og samfunn» gir samlet sett et bilde av den rivende utviklingen velferds-Norge står midt oppe i.

Jeg tror at disse bidragene, som kommer fra ulike deler av trygdeetatens mangfoldige virksomhet, vil bringe ny forståelse for og kunnskap om hvilke utfordringer vi står overfor, og hvordan vi løser dem. Hvis vi har gitt et bidrag til en enda bedre løsning av våre felles velferdsutfordringer i årene som kommer, er målet med å gi ut «Arbeid, velferd og samfunn» nådd.

God lesning!

Med vennlig hilsen


Arild Sundberg
trygdedirektør

INNHOOLD

En ny virkelighet for velferdsstaten 5
av Martin Andresen

Det velferdsindustrielle kompleks 12
av Eivind Falkum

FRA PASSIVE MOTTAKERE TIL AKTIVE DELTAKERE

Fra aktiv sykmelding til vanlig jobb
Veien tilbake (IA delmål 1) 28
av Hilde H.Holte og Greta Støre

Ethvert arbeidsdygtigt menneske (IA delmål 2) 34
av Cecilie Høj Anvik og Terje Olsen

IA-virksomhetene ligger foran i satsing på seniorpolitikk
Inkluderende arbeidsliv også for senioren (IA delmål 3) 44
av Anne-Cathrine Grambo

1998-reformen for enslige forsørgere
Flere forsørger seg selv 52
av Pia Rønnevik Rendedal

MER INFORMASJON OG BEDRE KONTROLL

Offentlige poliklinikker ved sykehus
Aktivitets- og kostnadsvekst 60
av Halfdan Brandtzæg og Jostein Ellingsen

Økt kontroll av bruk av blå resept
Feil i forskrivingen av legemidler 72
av Helen Moltu Christensen og Ingrid Anette Wulff

BRUKEREN I SENTRUM

Enklere å bruke Trygdeetatens tjenester
Smarte nettløsninger 82
av Terje André Olsen

Trygdeetatens nye rolle
Fra regelstyrt forvalter til aktiv støttespiller 94
av Ida Frisak Ringnes



EN NY VIRKELIGHET FOR VELFERDSSTATEN

De norske velferdsordningene har ambisiøse mål. Klarest ser vi dem formulert i formålsparagrafen til Lov om folketrygd av 1997: Ordningene skal «Gi økonomisk trygghet ved å sikre inntekt og kompensere for særlige utgifter ved arbeidsløshet, svangerskap og fødsel, aleneomsorg for barn, sykdom og skade, uførhet, alderdom og dødsfall». Videre skal folketrygden «bidra til utjevning over den enkeltes livsløp og mellom grupper av personer», og sist, men ikke minst, «bidra til hjelp til selvhjelp».

Disse formålsbetraktningene viser tydelig at folketrygden ikke er en lang rekke enkeltstående stønadsordninger som har oppstått for å dekke ulike behov, men tvert imot et system som skal bidra til at befolkningen sikres optimale muligheter til trygghet og vekst – fra vugge til grav. Dette perspektivet er viktig å understreke, særlig fordi det viser at folketrygden ikke primært skal være statlig forsørgelse av befolkningen, men derimot bidra til at den enkelte gis optimale muligheter til å forsørge seg selv – samtidig som man gis økonomisk trygghet når dette ikke lenger er mulig.

Det norske trygdesystemet slik det ble utviklet i de første tiårene etter annen verdenskrig bygger på noen grunnleggende premisser. Ett sett av premisser som ligger til grunn for den norske velferdsmodellen er kontinuerlig økonomisk vekst kombinert med stabilt høy sysselsetting og et vel fungerende arbeidsmarked, der det er underforstått at alle som har mulighet til det, skal delta i arbeidslivet. En annen premis er familieforholdene, der en vesentlig del av tjenesteyting (spesielt innen omsorg for barn og eldre) skjer i familien. En tredje viktig premis, som ofte blir oversett, er forutsetningen at samfunnsutviklingen i stor grad lar seg styre gjennom poli-



tiske beslutninger. Sagt på en annen måte forutsetter de norske velferdsordningene en optimal balanse mellom marked, familie og stat som forsørgersystemer.

I dag er alle disse grunnleggende forutsetningene – og dermed balansen mellom dem – satt under press, ikke bare i Norge, men over hele verden. Noen stikkord for denne utviklingen er

- Økende demografisk ubalanse i befolkningen, med flere eldre og færre unge,
- Endringer i arbeidslivet, med stadig høyere krav til kompetanse, ferdigheter og arbeidstempo,
- Sterkere bevissthet om individuelle rettigheter, også på det sosialpolitiske området.

Disse endringene utfordrer de sosiale sikkerhetssystemene på en grunnleggende måte, fordi de både hver for seg og samlet truer selve den økonomiske bærekraften i dagens velferdsordninger. Samtidig er det en økende bevissthet verden over om at sosial sikkerhet er en grunnforutsetning for fortsatt fred, vekst og velstand i den rike verden, og for utvikling i den fattige del av verden. Sagt enkelt er altså situasjonen den at samfunnet trenger gode velferdsordninger, men det har oppstått tvil om i hvilken grad man er i stand til å betale for dem.

Det finnes ulike strategier for å svare på disse utfordringene. En mulig strategi er å lukke øynene og satse på at den økonomiske veksten skal fortsette å være like sterk i det 21. århundret som den var i det 20. En slik strategi er i beste fall usikker, og slår den feil vil den fort kunne resultere i svært dyptgripende kutt i velferdsordningene om noen år. En annen mulig strategi er å bygge ned velferdsstaten, men denne strategien er også forbundet med mange farer. Den strategien som framstår som den mest farbare veien er derfor å redefinere velferdsstatens rolle, slik at den i langt sterkere grad enn tidligere støtter opp under hovedmålet om at alle skal forsørge seg selv så langt det er mulig. Denne prosessen er allerede godt i gang i Norge, og den har også startet i mange andre land.

Et europeisk perspektiv

På et europeisk nivå har EU etter hvert blitt den sentrale pådriveren for denne nyorienteringen. Fram til begynnelsen av 1990-tallet var «sosialpolitikk» i EU stort sett begrenset til koordinering av medlemslandenes trygdeordninger. Formålet med koordineringen er ikke primært sosialpolitisk, men et virkemiddel for å fremme den frie bevegelse av arbeidskraft mellom medlemsstatene – selv om koordineringen indirekte også har visse sosialpolitiske implikasjoner.

Det har alltid vært et grunnprinsipp innen EU at sosialpolitikk er medlemslandenes eget, indre anliggende, selv om allerede Roma-traktaten (1957) inneholdt en artikkel (tidl 118, nå 137), som oppmuntret medlems-

landene til å ha felles mål for sosialpolitikken. I 1989 gikk imidlertid EU et langt skritt videre gjennom å vedta sitt såkalte «sosiale charter» om grunnleggende sosiale rettigheter. I 1997 lanserte EU-kommisjonen en strategi for å modernisere sosialpolitikken i alle unionens medlemsland. Denne strategien har fire hovedelementer:

- Det skal lønne seg å arbeide, og arbeidet skal gi en trygg inntekt.
- Pensjonene skal sikres og pensjonssystemene gjøres bærekraftige.
- Alle skal sikres helsetjenester av god kvalitet.
- Fremme sosial inklusjon og motarbeide eksklusjon.

Denne strategien ble offisiell EU-politikk etter ministerrådsmøtet i Lisboa i år 2000, og den ble på dette toppmøtet lagt til grunn for en handlingsplan for perioden 2000–2010. Som ikke-medlem er ikke Norge en del av den formelle målgruppen for denne prosessen, men også norsk sosialpolitikk er i god overensstemmelse med disse prinsippene.

Velferdsstatens nye rolle

Det store paradigmeskiftet i et europeisk perspektiv består således i at EU har gått fra å være en passiv til en aktiv aktør, også innen sosialpolitikken. På samme måte som i Norge er andre europeiske velferdsstater i ferd med å skifte ham, og de ulike aktørene er på vei inn i nye oppgaver og roller – men hva går disse ut på?

På et helt overordnet plan innebærer denne nyorienteringen at velferdsstaten går fra å være reaktiv til å være proaktiv. Dette innebærer at myndighetenes rolle endres fra å være forvalter av økonomiske ytelser i tilfelle sykdom, sviktende helse, arbeidsledighet, alder eller tap av forsørger, og til å være forebygger, en pådriver som skal bidra til langsiktige løsninger der hvert enkelt individ i størst mulig grad kan forsørge seg selv. Den proaktive rollen er fortsatt basert på at enkeltindividet har klare rettigheter til ytelser og tjenester, men måten ytelser og tjenester formidles på er i støpeskjeen.

Livsløpsperspektivet

Et viktig element i en mer proaktiv tilnærming til velferdspolitikken er livsløpsperspektivet. Den demografiske ubalansen vi ser komme de nærmeste tiårene, skyldes delvis at menneskene lever lenger enn tidligere, men først og fremst skyldes den at fødselsratene reduseres. Dette betyr blant annet at en viktig del av svaret på framtidens pensjonsutfordringer ligger i gode vilkår for barnefamiliene, og mye tyder på at selv ikke den beste pensjonsreform alene kan løse velferdsstatens utfordringer på en god måte. I et livsløpsperspektiv må derfor velferdspolitikken legge til rette for at unge familier opplever at de har den nødvendige tryggheten som skal til for å starte en familie – dels en økonomisk trygghet, men også en rimelig sikkerhet for at rollen som

foreldre ikke forringer deres egne livs- og karrieremuligheter vesentlig. Det er også essensielt at de barna som fødes får en best mulig start i livet gjennom skole, utdanning og gode oppvekstvilkår, slik at de kan bidra til fellesskapet på en god måte når de selv blir voksne. En framtidrettet velferdspolitik må derfor inneholde tiltak som bekjemper fattigdom blant barn og deres foreldre, i tillegg til at den må sørge for å gi alle best mulig utdanning.

Inklusjon, ikke eksklusjon

En politikk som sikrer gode vilkår for barn og deres familier er altså en viktig side ved velferdsstaten. Et annet, svært viktig element i en proaktiv velferdsstat er bidragene til å forebygge eksklusjon fra arbeidslivet, slik at alle som kan og vil delta i arbeidslivet, skal ha mulighetene til det. I denne tilnærmingen ligger fortsatt retten til ytelser for syke, uføre og arbeidsledige i bunnen som et sikkerhetsnett, men innsatsen settes inn mot å forebygge eksklusjon. Det sentrale for velferdsforvaltningen er ikke lenger å vurdere hvilke ytelser den enkelte kan ha rett til i sin livssituasjon, men i stedet å vurdere hvilke muligheter vedkommende har til å forbli eller komme i arbeid, og hvilke tiltak som kan støtte opp under denne målsetningen.

Denne tilnærmingen har medført betydelige endringer i trygdeetatens måte å jobbe på de senere årene. Ett vesentlig aspekt er økt satsning på tidlig intervensjon og oppfølging for å hindre at sykmeldte kommer over på varige stønadsordninger. I forhold til sykepenger er ulike virkemidler tatt i bruk de siste ti årene for å støtte opp under rask tilbakeføring til arbeidslivet, og fra 1. juli 2004 ble sykepengerreglene endret, slik at legen heretter skal dokumentere at fravær fra arbeidsplassen pga sykdom er medisinsk nødvendig. Endringene innebærer et krav om aktivitet, så fremt det er medisinsk forsvarlig, og det er også bestemt at graderte sykepenger, og ikke aktiv sykmelding, skal være førstevalget dersom den sykmeldte kan arbeide noe under sykdomsperioden.

Reglene for uførepensjon er også endret. Fra 1. januar 2004 ble det innført en ny ordning, tidsbegrenset uførestønad, som kan innvilges for inntil fire år når vilkårene for uførepensjon ellers er oppfylt. Denne stønaden skal som hovedregel velges foran varig uførepensjon. Den viktigste forskjellen fra varig uførepensjon er at et vedtak om tidsbegrenset uførestønad samtidig forplikter trygdeetaten til å følge opp stønadsmottakeren, med sikte på tilbakeføring til yrkeslivet. Vi ser altså at trygdeetatens oppgaveløsning innenfor de helserelaterte ytelsene i stadig sterkere grad er rettet inn mot å forebygge eksklusjon, selv om man fortsatt har et stykke igjen å gå, bl.a. innen stønadsområdet rehabiliteringspenger. Også på dette området vil arbeidsmåtene bli endret, slik at fokuset på aktivitet blir forsterket.

Et annet viktig bidrag til å forebygge eksklusjon fra arbeidslivet er å plassere mer av ansvaret for å forebygge og bekjempe sykefravær på arbeidsplassen (både på arbeidstaker og arbeidsgiver). Dette betyr også

at vinklingen må dreies vekk fra oppfatningen om at det er legene og trygdeetaten som har ansvaret for å få ned sykefraværet. For enkeltindividet betyr dette økte ansvaret at han eller hun må søke å bedre sine egne muligheter, det være seg gjennom videreutdanning, omskolering eller endring i arbeidsoppgaver, men også i en del tilfeller gjennom andre endringer, f.eks. i livsstil. For arbeidsgiveren betyr det økte ansvaret at han må legge bedre til rette for at medarbeiderne kan beholde jobben, også i tilfeller der helsen svikter – i stedet for å velge en mer lettvinnt løsning der Staten betaler de sosiale kostnadene gjennom trygdeordningene.

I Norge har denne tilnærmingen vært et viktig element i velferdspolitikken siden begynnelsen av 1990-tallet, men det er nok riktig å si at det først var med Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA) i 2001 at man fikk adekvate verktøy til å dreie arbeidsmåtene også i trygdeetaten. I dag ser vi imidlertid at denne tenkningen og disse arbeidsformene i stadig økende grad gjennom-syrer det daglige arbeidet i hele trygdeetaten. I stedet for å fokusere på om medlemmet fyller vilkårene for den ene eller andre ytelsen, ser man etter hvilke muligheter vedkommende har på arbeidsplassen, eventuelt andre steder i arbeidslivet. Trygdekontorene trekker i økende grad på andre kompetansemiljøer både innenfor og utenfor trygdeetaten når muligheter skal vurderes og prøves ut, og arbeidsplassen gjøres til hovedarena for oppfølging av sykefravær i stedet for legekontoret. Fortsatt er det langt igjen før disse mulighetene utnyttes optimalt i alle saker, men etaten er på god vei.

Seniorpolitikk

Det tredje hovedelementet i en livsløpsfaseorientert velferdspolitikken er seniorpolitikken, i vid forstand – senfasen i yrkeskarrieren, og overgangen til pensjonisttilværelsen. Denne fasen har fått økende oppmerksomhet de senere årene, både som følge av Pensjonskomisjonens forslag til modernisert

folketrygd som ble lagt fram i januar 2004, og gjennom IA-avtalens delmål 3 om å øke den gjennomsnittlige pensjoneringsalderen.

Et hovedanliggende for framtidens pensjons-politikk er at den skal være «bærekraftig» – men hva innebærer det i praksis? Pensjonskomisjonen, som er støttet av et bredt flertall av de politiske partiene i Norge, har pekt på noen hovedmomenter. For det første må ikke den økonomiske byrden på stasfinansene bli for stor. Dette kan imidlertid sikres på ulike måter, og en hovedstrategi er å øke pensjoneringsalderen gjennom økonomiske insentiver som oppmuntrer folk til å jobbe lenger enn i dag. For det andre må pensjonssystemet oppfattes som rettferdig – det vil si at det både må sikre en minimum levestandard i alderdommen, samt sikre et samsvar mellom det som er innbetalt i avgifter i yrkesaktiv alder og det som blir utbetalt i pensjon. Disse hensynene er vanskelige å kombinere: Man kan ikke samtidig sikre økt utjevning og økt inntektsproporsjonalitet i systemet – spesielt ikke dersom man samtidig ønsker å redusere utgiftene. Svaret på utfordringene ser derfor delvis ut til å ligge i en økning av avgangsalderen fra yrkeslivet, samtidig som fødselsraten bør øke. Alternativt kan man øke skattene.

Konklusjonen må derfor bli at de viktigste virkemidlene også i pensjonspolitikken er de samme som i velferdspolitikken for øvrig: En god politikk for barnefamilie kombinert med aktivt arbeid for et mer inkluderende arbeidsliv.

Artiklene i «Arbeid, velferd og samfunn»

I trygdeetaten er vi altså i gang med den store oppgaven det er å endre gamle tilvante tankeprosesser og arbeidsmåter. Et viktig virkemiddel i denne prosessen er grundige og kvalitativt gode analyser både om hvordan stønadsordningene virker og om administrativ effektivitet og kvalitet. «Arbeid, velferd og samfunn» har som siktemål å presentere slike analyser, og på den måten bidra til den oppbyggingen av kunnskap som blir akkumu-

lert gjennom det forsknings- og utviklingsarbeidet som gjøres ved en lang rekke institusjoner over hele landet.

Gode analyser må evne å se både framover og bakover på samme tid. Artikkene i «Arbeid, velferd og samfunn» bygger i stor grad på forsknings- og analysearbeid som pågår, eller som nylig er avsluttet, basert på foreliggende empiriske data. Det ville likevel være feil å si at disse artiklene er skrevet for historieboka – formålet er i første rekke å bringe fram kunnskap som er anvendbar i utformingen av framtidens velferds-samfunn.

I dette første nummeret av «Arbeid, velferd og samfunn» er forsker Eivind Falkum ved FAFO invitert som gjesteskribent. I en artikkel med tittelen «Det velferdsindustrielle kompleks» setter han søkelyset på sammenhengen mellom fordelingen av arbeid i samfunnet og kostnadene til sykefravær, førtids- og uførepensjon, rehabilitering og andre helserelaterte ytelser. Falkums bidrag har som utgangspunkt at samfunnsvitenskapen har lagt ned mye tankekraft i å forstå dynamikken i velferdsstaten og fordelingen av ytelser og tjenester i samfunnet, mens den i mindre grad har evnet å beskrive dynamikken i fordelingen av arbeid. Fordelingen av arbeid er bestemt av strukturelle forhold som markedskonjunkturer, bedriftsøkonomiske modeller, utdanningsmønstre og politiske reguleringer. Fordelingen av trygdeytelser er derimot rettighets- og individorientert. Artikkelen søker å koble sammen disse to områdene ved å ta utgangspunkt i begrepet arbeid og fordelingen av arbeid.

De siste års reformarbeid innenfor de helserelaterte stønadsordningene i folketrygden har i stor grad vært rettet mot å endre synet på forholdet mellom helse og arbeid, bl.a. gjennom økt vekt på mulighetene for aktivitet også når man er sykmeldt. Et virkemiddel som har vært benyttet i dette arbeidet er ordningen med aktiv sykmelding. Noen av erfaringene med denne ordningen er behandlet av Hilde H. Holte og Greta Støre i artikkelen «Veien tilbake».

Delmål 2 i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv er å inkludere flere mennesker med ulike former for funksjonshemninger i arbeidslivet. Yrkesdeltakelsen blant norske borgere som har en identifisert funksjonshemming er under 50 prosent, mot nærmere 80 prosent for befolkningen som helhet. I artikkelen «Ethvert Arbeidsdyktig Menneske ...», går forskerne Terje Olsen og Cecilie Høj Anvik ved Nordlandsforskning nærmere inn på denne problemstillingen.

Det tredje delmålet i avtalen om et mer inkluderende arbeidsliv er å øke den faktiske pensjoneringsalderen gjennom bedre ivaretagelse av seniomedarbeidere i arbeidslivet, kombinert med reduksjon i uførepensjoneringsalderen. Evalueringer av IA-avtalen i 2003 avdekket at bare noen få virksomheter hadde satt seg konkrete mål i forhold til dette. De



virksomhetene som hadde formulert målsetninger på dette området, hadde som regel hatt livsfasepolitikk og seniorpolitikk på dagsordenen allerede forut for inngåelse av IA-avtale. I artikkelen «Inkluderende arbeidsliv også for senioren» presenterer Anne Cathrine Grambo foreløpige resultater fra en helt fersk undersøkelse som ble gjennomført av Rikstrygdeverket høsten 2004, der det bl.a. blir spurt om i hvilken grad bedriften har satt seg mål i forhold til delmål 3 i avtalen.

De siste 15 årene har vi sett at antall stønadsmottakere innenfor de helserelaterte ytelsene har steget jevnt og trutt. Et område der man imidlertid har maktet å redusere antall stønadsmottakere vesentlig, er overgangstønad til enslige forsørgere. Hovedårsaken til dette er reformen i 1998, der stønadsperioden ble redusert fra ti til tre år samtidig som nivået på ytelsen ble hevet og arbeidet med å føre stønadsmottakerne tilbake til arbeidslivet ble intensivert. Noen av erfaringene med denne reformen blir behandlet av Pia Rønnevik Rendedal i artikkelen «Flere forsørger seg selv».

Et viktig virkemiddel i arbeidet med å forebygge eksklusjon fra arbeidslivet og sikre at alle får optimale muligheter for deltakelse, er tilgang på gode helsetjenester. Finansiering av helsetjenester har vært en viktig del av norsk sosialforsikring i nesten 100 år, og er det fortsatt. To artikler i «Arbeid, velferd og samfunn» setter søkelyset på noen av sider ved dette fagfeltet.

Halfdan Brandtzæg og Jostein Ellingsen går gjennom utviklingen i kostnader til offentlige poliklinikker ved sykehus i perioden 2001–2003 i sitt bidrag, som har tittelen «Aktivites- og kostnadsvekst». Denne artikkelen er et pionerarbeid i den forstand at den bygger på data som først nå er tilgjengelige gjennom trygdeetatens nye oppgjørs- og kontrollsystemer for poliklinikker. Perioden som er undersøkt er interessant fordi den i tid faller sammen med både endringene i eierstruktur ved sykehusene og en stadig økende bruk av poliklinisk behandling.

I artikkelen «Feil i forskrivningen av legemidler» gjør Helen Moltu Christensen og Ingrid Anette Wulff rede for hovedfunnene i en pilotkontroll som ble

gjennomført i 2003/2004 i forbindelse med innføring av en ny kontrollmetode for forskrivning av medisiner på blå resept. I denne kontrollen ble et antall resepter plukket ut etter en konkret risikovurdering (det var grunn til å tro at forskrivningen kunne være feil), og pasientjournaler ble innhentet for å kontrollere den enkelte forskrivningen.

De to avsluttende artiklene handler om det som på mange måter er det aller viktigste virkemidlet for å nå målene i velferdspolitikken, nemlig forholdet til brukerne av de ulike velferdsordningene. For trygde-etaten er det særlig to strategier som har vært og er viktige i arbeidet med å forbedre og utvikle de brukerorienterte tjenestene: Kontinuerlig utvikling av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), og strategier for bedre brukermedvirkning og brukerorientering.

Nye elektroniske tjenester er temaet for Terje André Olsens artikkel «Smarte nettløsninger». Utgangspunktet er at IKT stadig bringes nærmere privatpersoner etter som flere virksomheter utvikler nye elektroniske tjenester. Artikkelen setter fokus på denne prosessen og gir en oversikt over de nye elektroniske tjenester trygde-etaten tilbyr i dag. Den avsluttende artikkelen er skrevet av Ida Frisak Ringnes og har tittelen «Fra regelstyrt forvalter til aktiv støttespiller». Her er temaet brukerens rolle som medspiller for å skape et best mulig resultat i egen sak. Brukerperspektivet står i sentrum, og for å videreutvikle og forbedre velferdstjenestene er det nødvendig med utstrakt kompetanseoverføring mellom bruker og forvaltning.

Sett under ett representerer artiklene i «Arbeid, velferd og samfunn» et godt tverrsnitt av den utviklingen Velferds-Norge står oppi i dag. Hovedtemaet er hvordan møte de ulike utfordringer samfunnsutviklingen i bred forstand stiller både beslutningstakere, ansatte og brukere av velferdsordningene overfor. I den grad vi lykkes med å analysere dette vil også publikasjonen levere premisser for videre debatt og utvikling, slik at velferdsordningene i framtiden kan bli enda mer tilpasset brukernes og samfunnets behov.

DET VELFERDSINDUSTRIELLE KOMPLEKS

Velferdsstaten oppstod som et sosialt sikkerhetsnett. Trygdeordninger skulle være en garanti for økonomisk trygghet, blant annet for de som falt utenfor arbeidslivet. Avtalen om Inkluderende arbeidsliv (IA) peker ut nye og mer aktive roller for velferdsstaten og trygdeetaten. Hvor slutter arbeidslivets ansvar, og hvor begynner velferdsstatens ansvar for deltakelse i arbeidsliv og verdiskapning? Er Inkluderende arbeidsliv (IA) et uttrykk for at grensene for dette ansvaret er i bevegelse, og i så fall i hvilken retning?

Folketrygden er under press fra to kanter. Antallet alderspensjonister vil fortsette å øke i takt med stigende levealder i overskuelig framtid (NOU 2004:1). «Samtidig støtes et stort antall arbeidstakere ut av arbeidslivet på grunn av sykdom og uførhet» (NOU 2004:5, s 17). Beskrivelsen av problemet er omforent: på lang sikt øker etterspørselen etter folketrygdens ytelser mer enn det bidragene til den vil kunne bære. Svaret er også omforent: målet er å få flere i arbeid og færre på trygd.

Det foreligger fire store forslag til tiltak for å gjøre noe med situasjonen: Inkluderende arbeidsliv, Modernisert folketrygd (NOU 2004:1), Arbeidslivslovutvalget (NOU 2004:5) og Samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestenes oppgaver (NOU 2004:13). Med unntak av Arbeidslivslovutvalgets utredning griper forslagene direkte inn i trygdeetatens oppbygging og virkemåte. Foreløpig er bare Inkluderende arbeidsliv iverksatt. De øvrige venter på politisk behandling. Alle forslagene kan bidra til endringer i tilgangen til og

fordelingen av arbeid i samfunnet, og dermed også bruken av trygdeytelsene. Denne gjennomgangen avgrenses til det tiltaket som er iverksatt: Inkluderende arbeidsliv.

Presset på folketrygden handler i hovedsak om a) økonomiske utsikter, b) demografisk utvikling og c) hvordan arbeidslivet fungerer. Det er det siste som står i fokus her. Hovedproblemstillingen er tredelt:

- For det første kan det å få flere i arbeid drøftes som et spørsmål om kvalitet i arbeidslivet. Er kravene fra arbeidsgivere for høye? Har ikke arbeidstakere de nødvendige forutsetninger for å delta? Eller er det omvendt: at det arbeidet som tilbys i arbeidsmarkedet ikke tilfredstiller de kravene som arbeidstakerne stiller? I denne forståelsen av problemet blir spørsmålet hva som må til for å skape bedre samsvar mellom krav og forutsetninger i arbeidslivet.
- For det andre kan deltakelse i arbeidslivet drøftes som et kvantitativt problem. Kan verdiskapningen i samfunnet bli høyere ved å skape flere arbeidsplasser, eller er 70 prosent sysselsetting et øvre tak for yrkesdeltakelsen? I denne forståelsen av problemet blir spørsmålet om det finnes nok lønnsarbeid til alle som vil ha det.
- Til sist: hvilke utfordringer legger disse drøftingene på forvaltningen av folketrygden? Må folketrygden og trygdeetatens forstås innenfor nye og større politiske rammer?

Drøftingen av disse problemstillingene brukes til å utlede hypoteser og spørsmål om hvordan risiko og samfunnsansvar skal deles i samspillet mellom staten, arbeidsgiverne og arbeidstakerne.

Det velferdsindustrielle kompleks

Krause (1977:213–218) introduserer begrepet «det medisinsk industrielle kompleks», et verktøy for å forstå relasjonene mellom utdannings-systemet, profesjonene, produsentene av medisinsk teknologi og myndighetene som grunnlag for dannelse og utøvelse av makt og utvikling i helsevesenet. I dette perspektivet blir medisinalindustrien sett som en drivkraft i utviklingen og forbruket av helsetjenester. Perspektivet er en parallell til begrepet «det militær industrielle kompleks» som lå til grunn for analyser av sammenheng mellom industriell vekst, nasjonal økonomi og fare for krig, og der våpenindustrien var en drivkraft i den nasjonale økonomien, særlig i USA (Armeson 1964, Pursell 1972).

Jeg lanserer begrepet «Det velferdsindustrielle kompleks» som en betegnelse på de tette koblingene mellom verdiskapningen, arbeids-



Figur 1

Den antatte dynamikken i «det velferdsindustrielle kompleks»



livet og velferdsstaten. «Arbeidslinja» i den norske velferdspolitikken er utgangspunktet for begrepet: «At flest mulig kan delta i arbeidslivet og dermed være selvforsørget» (St.meld nr 35 1994–1995 s. 17).

«Arbeidslinja» bygger på en forutsetning om at økt deltakelse i arbeidslivet bidrar til økt verdiskapning, og at det danner det økonomiske grunnlaget for utviklingen av velferdsstatens innhold og omfang (Hippe 1997, Pedersen 1997, Langeland et al 1999). Samtidig vil økt deltakelse i arbeidslivet redusere etterspørselen etter velferdsstatens ytelser (NOU 2004:1). Jo større deltakelsen i arbeidslivet er, desto høyere blir verdiskapningen, og jo flere velferdsytelser kan vi bygge opp. Når deltakelsen i arbeidslivet synker, vil verdiskapningen bli lavere samtidig som etterspørselen etter velferdsstatens ytelser øker. Men verdiskapningen avhenger også av internasjonal konkurranse og konjunkturer som kan redusere deltakelsen i arbeidslivet og i neste omgang øke forbruket av velferdsstatens ytelser. «Den norske velferdsmodellen» er altså avhengig av en balanse mellom verdiskapning og velferdsstatens omfang. I oppgangstider kan balansen være positiv, mens den i nedgangstider kan være negativ. Hvordan ser balansen mellom arbeidsliv, verdiskapning og velferdsstat ut i dag, og hvilke krefter er det som driver fram utviklingen i dette bildet? Blir det å fordele arbeid i fremtiden en like vanskelig oppgave som å fordele inntekter, slik Langeland et al (1999) antyder?

«Det velferdsindustrielle kompleks» er et system der vi kan innlemme eiere, arbeidsgivere og arbeidsgiverorganisasjoner, arbeidstakere og deres organisasjoner og staten representert ved politiske og administrative instanser som regulerer og fordeler arbeid og velferd. Det vil si aktører og interesser som styrer utviklingen av arbeidslivet, verdiskapningen og velferdsstaten. Resultatet av beslutninger som treffes av næringsliv, politikere og partenes organisasjoner for å styrke verdiskapningen får konsekvenser for hva som skjer i arbeidslivet og velferdsstaten. Beslutninger som treffes av aktørene i arbeidslivet, og på den enkelte arbeidsplass, får konsekvenser for både verdiskapning og fordeling av velferdsstatens ytelser. På samme måten får politikk og praksis i velferdsstaten betydning for hva som kan skje og hva som faktisk skjer både i arbeidslivet og verdiskapningen. Aktørene i systemet er gjensidig avhengige av hverandre, men ikke nødvendigvis samordnet. Det de gjør hver for seg, virker inn på helheten, men uten at det nødvendigvis er tilsiktet. Aktørenes koblinger til hverandre er løse. Denne artikkelen tar sikte på å beskrive noen av de mest åpenbare sammenhengene i dette komplekset. Er drivkreftene i den norske økonomien bare å finne i nærings- og arbeidsliv, eller kan også velferdsstaten delta i verdiskapningen?

Industrialisering, arbeid og velferd

Industrialiseringen har bidratt til sterk økonomisk vekst og er en forutsetning for utviklingen av den norske velferdsstaten. I «det velferdsindustrielle kompleks» kan velferdsstaten også betraktes som en forutsetning for økt verdiskapning og økonomisk vekst. Avhengigheten mellom verdiskapning og offentlig finansiert velferd er ikke nødvendigvis ensidig, den kan like gjerne være gjensidig.

Industrialiseringen og forståelsen av «arbeid»

Industrialiseringen medførte til å begynne med ikke store endringer i forståelsen av arbeid som noe nødvendig, slitsomt og lite tiltalende. Det var først og fremst relasjonene i utøvelsen av arbeid som endret seg, for eksempel i sammenlikning med slaveriet og det mer eller mindre føydale jordbruksamfunnet (Karlsson 1986). Arbeidskraft ble en «vare» som kunne kjøpes og selges. Arbeidet var ikke lenger en økonomisk forpliktelse overfor eiendomsbesitterne, eller moralsk og religiøs forpliktelse overfor Gud og kirken, men en verdi som kunne byttes i et marked.

Karl Marx (1975) innfører flere vesentlige skiller i sine analyser av forholdet mellom arbeid og kapital. For det første skiller han mellom abstrakt og konkret arbeid. Dermed inkluderer han mentale prosesser som kunnskapsdannelse og planlegging i arbeidet, i tillegg til den rent fysiske utøvelsen av det. For det andre innfører han skillet mellom produktivt og uproduktivt arbeid, og mellom lønnsarbeid og andre oppgaveløsende aktiviteter. For at arbeid skal kunne kalles produktivt, må det gi en merverdi, det vil si øke verdien av det som bearbeides, og dermed skape profitt. For det tredje er det ikke arbeidet i seg selv eller arbeideren som selges, men den arbeidskraften som den enkelte er i besittelse av. Dermed blir det de sosiale og økonomiske relasjonene mellom de som kjøper og de som selger arbeid som settes i sentrum for analysene. I det kapitalistiske industrisamfunnet frigjøres arbeidstakerne fra de tradisjonsbundne pliktene og underkastelses-

relasjonene som preget føydalsamfunnet. De erstattes av nye avhengighetsrelasjoner mellom de som kjøper og de som selger arbeid. Nå er det ikke lenger troserklæringer om syndsforlatelse eller livegenskapets pliktforhold, men det økonomiske bytteforholdet mellom arbeid og kapital som binder mennesket til arbeidet.

Med industrialiseringen kom også organiseringen av arbeidstakerinteressene. En sterk arbeiderbevegelse og en sterk fagbevegelse vokste fram i Europa, og særlig i Skandinavia. Tariffavtaler ble tatt i bruk i håndverksbedrifter i Norge allerede på 1880-tallet (Åmark 1986:82, Seip 1997:30). Arbeiderkommisjonene som ble opprettet fra 1885 og framover ledet blant annet til de første ulykkesforsikringene for industriarbeidere i 1894 (Seip 1981, Steen 1999: 80). Vi har fått rettigheter og ordninger som gir arbeidstakerne medbestemmelse og innflytelse på arbeidsmiljø og arbeidsorganisering i store deler av arbeidslivet. På nasjonalt nivå øver fagbevegelsen innflytelse på utformingen og gjennomføringen både av arbeidspolitikken og velferdspolitikken. Fagbevegelsens framvekst er en vesentlig endring i relasjonene mellom de som kjøper og de som selger arbeid.

Både Karlsson (1986) og Engelstad (1991) innfører et klart skille mellom lønnsarbeid og egenytting i sine drøftinger av hva arbeid er. Utbredelsen av kontraktsfestet lønnsarbeid som den dominerende relasjonen i arbeidslivet kan forstås som en følge av industrialiseringen. Samtidig var det vanskelig å fastsette verdien av industriarbeidet, sammenliknet med arbeid som ble utført i jordbruk, skogbruk og fiske. Nye måter å måle arbeidet på, og innføringen av timeregistrering, timelønn og senere produktivtetsbestemte belønningssystemer kan ses som et resultat av den spesialiseringen, arbeidsdelingen og ikke minst lokaliseringen av arbeidet som industriproduksjonen medførte.

Industrialiseringen kan ses som den viktigste forutsetningen for hva vi forstår med arbeid,

hvordan vi oppfatter arbeid, hvordan arbeid betales og hvordan arbeidet inngår i verdiskapningen i dagens samfunn. Vår forståelse av hva arbeid er og skal være, er langt på vei styrt av institusjoner som har røtter i industrialiseringen, og de samme institusjonene, forstått både som 1) normativt styrte atferdsmønstre, 2) som lov- og avtalefestede plikter og rettigheter og 3) som tradisjonsbærende organisasjoner, vil ha innflytelse på hvordan vi fordeler arbeidet i samfunnet.

Industrialiseringen og velferdsstaten

Industrialiseringen brøt opp de tradisjonelle omsorgsrelasjonene som var forankret i familien og lokalsamfunnet som sosiale institusjoner. Mobilitet og nye bosettingsmønstre skapte behov for nye sosiale sikkerhetssystemer. Det var ikke gitt at det var staten som skulle ta ansvaret og risikoen for de sosiale konsekvensene av industrialiseringen. I Norge finner vi flere eksempler der arbeidsgiverne sørget for bolig, helsestell og skole i det som er kalt «company towns», det vil si helt nye samfunn som vokste opp rundt industrietableringer (Allen 1966). Eksempler i Norge er Høyanger, Rjukan og Årdal. Arbeidsgiverne måtte tilby goder som erstattet tradisjonelle bånd mellom familie, bedrift, eiere og arbeidere (Hippe 1997:59). Ved framveksten av velferdsstaten overtok det offentlige dette samfunnsansvaret.

«Fra enhver etter evne, til enhver etter behov»

Arbeiderkomiteene på slutten av 1800-tallet og begynnelsen av 1900-tallet var sentrale i utviklingen av arbeidervernlovgivningen, sykestrygdordninger og etter hvert pensjonssystemer. Både lovgivningen og ordningene hadde støtte fra både arbeidsgiverne, arbeiderkomiteene og politiske partier, særlig Venstre (Steen 1999). Både statens pensjonskasse og private pensjonsforsikringsordninger ble etablert i 1917 (Fløtten & Pedersen 1996). Likheter og likebehandling var sentrale verdier under det velferdsideologiske slagordet «fra enhver etter evne, til enhver etter behov». Denne parolen legger en klar plikt på den enkelte borger til å arbeide for å bidra til fellesskapets beste. Velferdsstatlig ideologi legger dermed arbeidet som et samfunnsansvar på den enkelte. «Arbeidslinja» uttrykker dette i klartekst. I dette perspektivet får velferdsstaten også en klar kobling til demokratiseringen av samfunnet. Det politiske demokratiet skulle bidra til likhet, rettferdighet, frihet og solidaritet i fordelingen av samfunnets goder (Esping-Andersen 1985).

Arbeid, velferd og økonomisk vekst

Fra midten av 1930-årene ble moderasjon i lønnsoppgjørene knyttet til økonomisk vekst og fordeling av offentlige velferdsgoder under solidaritetsparoler. Det nye var at sosialpolitikken skulle bli økonomisk

lønnsom ved å bidra til å opprettholde befolkningens kjøpekraft og etterspørsel etter konsumvarer, og ved at fondsopplegging kunne brukes til konkurranseutjevning (Skeie 2003). Det var denne argumentasjonen som ga velferdsstaten oppslutning også fra høyresiden i norsk politikk (Skeie ibid.). Etter 2. verdenskrig ble samarbeidet mellom partene i arbeidslivet og staten nedfelt i produktivtetsavtaler som skulle bidra til rask gjenreising av det norske samfunnet. Forsterkning og utvidelse av velferdsstaten ble på denne måten ikke bare begrunnet med rettferdighetshensyn, men også effektivitetshensyn. Fellesskapet skulle gi den enkelte borger sosial sikkerhet og økonomisk trygghet, samtidig som det bidro til vekst i den nasjonale økonomien.

En lenge varslet krise?

Den første store debatten om velferdsstatens og særlig folketrygdens rekkevidde, og om grensenettet mellom hva som skulle dekkes av det offentlige og hva som skulle dekkes av den enkelte borger selv, kom på begynnelsen av 1980 tallet i kjølvannet av høy inflasjon, økende arbeidsledighet, svikt i eksporten og «oppdagelsen av eldrebølgen» (Kolberg 1983). Velferdsmeldingen (St.meld nr 35 1994 – 1995) videreførte og videreutviklet «arbeidslinja» i velferdspolitikken. Målsettingen om «flere i arbeid – færre på trygd» føyer seg inn i en debatt som har pågått i mer enn 20 år (Frogner 2004).

Det ser ut til at den lenge varslede krisen i den norske velferdsstaten uteblir. Hagen (2002, 2003) presenterer nye forståelser av sammenhengen mellom internasjonal økonomi og en velfungerende velferdsstat: for det første at en internasjonal markedsøkonomi ikke er noe nytt, men har fungert parallelt med velferdsstatlige modeller helt fra starten og dermed ikke utgjør en trussel, for det andre at velferdsstaten finnes på grunn av, og ikke på tross av markedskrefter (dekker behovet for sosial trygghet som markedsøkonomien skaper), og for det tredje at land med store vel-

ferdsprogrammer har velfungerende næringsliv og økonomisk vekst.

En kontekstuell ramme for «det velferdsindustrielle kompleks»

Industrialiseringen endret arbeidets innhold og karakter. Den skapte nye relasjoner mellom arbeidsgivere og arbeidstakere, nye måter å måle og avlønne arbeidet på, og den skapte også nye måter å fordele arbeidet i samfunnet på. Samtidig skapte industrialiseringen behov for helt nye sosiale sikkerhetssystemer og nye sosiale og kulturelle strukturer. Velferdsstaten erstattet noen av de sosiale strukturene og omsorgsrelasjonene som ble redusert ved overgangen fra jordbruks- til industrisamfunnet. Industrialiseringen har på denne måten bidratt sterkt i utviklingen av en offentlig velferdsstat som i utgangspunktet skulle støtte opp under arbeidslivet og verdiskapningen, og samtidig være et sikkerhetsnett som kunne fange opp og løse de problemene som oppsto som et resultat av måten å fordele arbeidet på. Folketrygdens ytelser er det viktigste virkemiddelet for dette. Hvordan kommer sammenhengen mellom arbeidsliv, verdiskapning og velferdsstat til syne i dagens norske samfunn? Hvor slutter arbeidslivets ansvar, og hvor begynner velferdsstatens ansvar for deltakelse i verdiskapningen? Er Inkluderende arbeidsliv (IA) et uttrykk for at grensene for dette ansvaret er i bevegelse, og i så fall i hvilken retning? De følgende avsnittene tar opp problemstillingene som ble reist innledningsvis.

Den kvalitative tilnærmingen – om å gjøre arbeidet tilgjengelig for alle

IA er iverksatt som et virkemiddel for å få flere i arbeid og færre på trygd. Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv gir klart uttrykk for en erkjennelse av at måten arbeidet fordeles på i samfunnet, bidrar til presset på folketrygden. Dermed blir det viktig å beskrive hvordan fordelingen av arbeid og bruken av trygdeytelsene ser ut.

Et grovt bilde av sammenhengen mellom arbeid og velferd i 2003

Ved utgangen av 2003

- hadde 2,27 millioner deltatt i arbeidslivet (69,5% av alle i alderen 16 – 74 år, SSB),
- ble det produsert 1,9 millioner årsverk, hvorav anslagsvis 220 000 som overtid (AKU/SSB),
- gikk anslagsvis 120 000 årsverk tapt ved sykefravær (1),
- var ca 300 000 personer uføretrygdet og ca 30 000 tidligpensjonert,
- var ca 100 000 arbeidsledige (trygdede) og
- gikk om lag 95 000 på attføringstiltak
- er sykepengedager betalt av folketrygden 96,5 prosent høyere i 2003 enn i 1994 (2),
- var 10,1 prosent av alle i alderen 16 – 67 år uførepensjonert i 2003, mot 8,3 prosent i 1994 (Kilde RTV og SSB).

Vi må regne med at noe av overtiden gikk med til å dekke sykefravær, men vi kan også anta at en stor del av overtiden bidro til å øke produktiviteten.

Til sammen var ca 200 000 personer arbeidsledige eller på arbeidsmarkedstiltak. Noen av dem får nye jobber, mens de som ikke gjør det, kan risikere til slutt å ende opp som uføre- eller tidligpensjonister. Casestudier indikerer en slik sammenheng (Bjørndal 1990, Westin 1992).

Ca 80 prosent av det legemeldte sykefraværet er lengre enn 16 dager, og omlag 25 prosent av de sykmeldte har sykefravær på mer enn 39 uker (SSB/Sykefraværstatistikk) (3). Aslesens (2004) spørreundersøkelse blant ansatte i 7 bedrifter viste at en fjerdedel av alle som hadde hatt sykefravær, og en tredjedel av de som hadde sykefravær på mer enn 16 dager, sa at sykefraværet skyldtes forhold på jobben. Av dette kan vi reise en hypotese om at jo lengre sykefraværet er, jo mer sannsynlig er det at fraværet skyldes forhold på jobben. Sørensen m.fl (2004) studerte virkninger av sammenslåinger og store omstillingsprosesser i mediebransjen og fant at belastningene på de ansattes psykiske og fysiske helse var store, særlig i forbindelse med nedbemanning. Slike funn indikerer at en del av sykefraværet kan forebygges ved å endre forhold på arbeidsplassene.

En del av de sykmeldte, særlig de med langtidsfravær, vil ende opp som uførepensjonister. Både Bjørndal (1990) og Westin (1992) viser i sine case studier en klar sammenheng mellom bedriftsnedleggelse, arbeidsledighet og overgang til uførepensjon. Bragstad, Sagsveen og Thorup (2000) finner klare sammenhenger mellom uførepensjonering og bostedsfylke, utdanning, arbeidsledighet og kjønn. Har du lav utdanning, bor i Nord-Norge og er kvinne, er sjansen for å bli uførepensjonert langt høyere enn om du bor i det sentrale

(1) Antall sykefraværingsdagsverk i SSBs sykefraværingsstatistikk i 2003 omregnet til antall årsverk

(2) Trygdestatistisk Årbok 2003, Tabell 6,2 viser at antall sykepengedager betalt av folketrygden var 17 646 i 1994, 26 050 i 1999 og 34 106 i 2003. Før 2000 var tallene for statsansatte skjønnsmessig fastsatt. Tabell 6.3 viser en økning i sykepenger betalt av folketrygden per sysselsatt på 73,3 prosent fra 1994 til 2003

(3) SSB/Sykefravær: av 8 045 580 sykefraværingsdagsverk som ble avsluttet i 4.kvartal 2003 var 13% egenmeldt, av det legemeldte fraværet var 12,2% 1 – 16 dager, 86,8 prosent mer enn 16 dager, og 28,9% mer enn 39 uker

østlandsområdet, har akademisk utdanning og er mann (Bragstad et.al ibid.). Vi kan med andre ord snakke om en type uførepensjonering som skyldes strukturelle forhold i arbeidslivet.

Inkluderende arbeidsliv – oppbygging og virkemåte

Det er dette bildet IA skal endre. De tre store utfordringene i Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv er sykefraværet, uførepensjoneringen og den reelle pensjoneringsalderen. Sykefraværet er det som har fått størst oppmerksomhet og er det eneste av de tre problemene som har fått et tallfestet mål om 20 prosent reduksjon i avtaleperioden. Spørreundersøkelser blant ansatte i trygdeetaten viser at IA-virkosmhetene har mesteparten av oppmerksomheten rettet mot sykefraværet, og sjelden mot inkludering av eldre og funksjonshemmede (Falkum, Bogen & Moland 2003, Falkum 2004).

Virkemidlene i IA er mange. Trygdeetaten har etablert arbeidslivsenter i alle landets fylker. Sentrene skal bistå virkosmhetene både på systemnivå og på individnivå. På systemnivå skal sentrene gi råd og veiledning i måter å redusere sykefravær og inkludere eldre og funksjonshemmede på, eksempelvis ved etablering av rutiner og prosedyrer, forbedring av arbeidsmiljø, bygging av nettverk mellom virkosmhetene og bedriftshelsetjenester, Aetat, utdanningsinstitusjoner og andre som kan bidra til å løse problemer i virkosmhetene. I det individrettede arbeidet forvalter trygdeetaten virkemidler som utvidet bruk av aktiv sykmelding for IA-virkosmheter, gradert sykmelding, yrkesrettet attføring (i samarbeid med Aetat), tilretteleggings-tilskudd for å skreddersy arbeidsplasser for funksjonshemmede, tekniske hjelpemidler på arbeidsplassen, refusjon av utgifter til bedriftshelsetjenester, kjøp av helsetjenester, kombinasjon av lønn og sykepenger eller lønn og rehabiliteringspenger, faglig støtte i dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og kobling til spesialkompetanse som kan hjelpe til med å løse spesielle individuelle

inkluderingsproblemer (Trygdeetatens arbeidslivsenter. Oversikt over tjenester 2003, RTV 2004: Økonomiske virkemidler for et inkluderende arbeidsliv).

Selv om debatten om å bruke trygdemidler mer aktivt for å styrke deltakelsen i arbeidslivet ikke er ny, er det noe nytt at dette gjennomføres i praksis. På denne måten bidrar IA til en endring i velferdsstatens karakter og rolle. Fra å være et passivt sosialt sikkerhetsnett som fanger opp problemer som oppstår i arbeidslivet, blir velferdsstaten en aktiv bidragsyter til at flere får delta i arbeidslivet. Staten, ved trygdeetaten, plasserer ansvaret for inkludering og oppfølging på arbeidsplassen i større grad enn før, mens trygdeetaten og andre offentlige instanser i større grad trer inn i rollen som støttespillere.

Mange IA-virkosmheter har benyttet seg av virkemidlene og oppnådd gode resultater. Noen virkosmheter tilpasser seg tilbudet om virkemidler ut fra andre kriterier enn et mer inkluderende arbeidsliv. Kommuner har budsjettet med høyere trygderefusjon til sykefravær i 2004 enn i 2003. Med bruk av aktiv sykmelding kan disse kommunene overføre noe av lønnskostnadene til trygden. Drøppings case studie av fire bedrifter (2004) indikerer at norske bedrifter forutsetter en økonomisk belønning fra staten for å ansette funksjonshemmede arbeidstakere. Foreløpig finnes det ingen systematisert og uttømmende oversikt over virkosmhetenes mange forskjellige tilpasninger til IA-avtalen og bruken av virkemidlene.

Velferdsstatens og trygdeetatens innsats for et mer inkluderende arbeidsliv er å levere kunnskap om hva som kan bidra til å redusere sykefravær og inkludere eldre og funksjonshemmede, å motivere både arbeidsgiverne og arbeidstakerne til å jobbe for inkludering og å gi faglig og økonomisk støtte når det kan bidra til å løse konkrete problemer. Tiltakene er både forebyggende og behandlende. Denne tilnærmingen forutsetter for det første at en del av de som er sykmeldt, og en del av de som er uføretrygdet, kan delta i verdiskapende arbeid hvis forholdene legges til rette for det, og at dette kan

oppnås gjennom motiverende og støttende tiltak fra velferdsstaten. For det andre forutsetter det at sykmeldte, yrkeshemmede og uførepensjonister ønsker å komme i arbeid. For det tredje forutsetter det at arbeidsgiverne ønsker både å ha og å legge forholdene til rette for arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Kan arbeidslivet tilfredstille disse forutsetningene? Noen av hovedtrekkene ved dagens arbeidsliv kan antyde noen svar.

Utdanning og fordeling av arbeid

Utdanningssystemet regnes som et av den norske velferdsstatens suksesser. Med like muligheter for alle skulle utdanningsnivået heves. Det skulle styrke konkurransevnen og verdiskapningen i arbeidslivet (Steen 1999). Utdanningssystemet er bestemmende for hva slags arbeidskraft som tilbys.

Det har vært et politisk mål å heve utdanningsnivået i samfunnet ved innføring av obligatorisk ungdomsskole på 1960-tallet, og senere ved innføringen av tiårig skoleplikt, og rett til treårig videregående skole for alle. Videreutdanningstilbudet er ikke bare utvidet, men også langt mer variert og spesialisert enn det var for 20 år siden. Studier av ungdommens utdanningsvalg viser at foreldre og lærere anbefaler barn og unge å velge seg en utdanning som de er interessert i og har lyst til å gjennomføre, men fortrinnsvis så høy som mulig (Berg 1998, Østberg 1999, 2000). Utdanning ses som en forutsetning for jobb og økonomisk trygghet, og for å få et meningsfylt og interessant arbeid. For å få et bilde av utdanningsnivået i arbeidsstyrken kan vi ta utgangspunkt i statistikk fra SSB i 1999 som viste at 40 prosent av alle 29 år gamle kvinner, og 35 prosent av alle 29 år gamle menn hadde utdanning på universitets- og høyskolenivå.

Mekanisk industri, bygg- og anleggbransjen, skipsindustrien og bilbransjen, for å nevne noen, spør etter kvalifisert fagutdanning, og i mindre grad universitets- og høyskoleutdanning. I hektiske perioder har både bygg- og anleggbransjen og skipsindustrien måttet leie inn fagarbeidere fra utlandet for å klare å gjennomføre oppdragene.

Næringslivet klager jevnlig over at det er for få unge som tar ingeniørutdanning og annen teknisk utdanning som trenges. Det er med andre ord et gap mellom hva slags kompetanse utdanningssystemet leverer og hva som etterspørres i arbeidslivet. Vi får et gap mellom krav til, og forutsetninger for å delta i arbeidslivet. Dette gapet er strukturelt betinget. Det oppstår på grunn av mangelfulle koblinger mellom utdanningssystem og arbeidsliv.

Omstilling og effektivisering på arbeidsplassene

Konseptene og modellene for omstilling, utvikling og effektivisering på arbeidsplassene er mange (Røvik 1998, Falkum 2000). Human Resource Management (HRM) kan stå som en samlebetegnelse på mange av de «moderne» ledelsesmodellene. De to hovedbudskapene er for det første at endring og utvikling skal føre til høyere effektivitet og lønnsomhet, og for det andre at dette oppnås best gjennom den enkelte ansatte. HRM-modeller individualiserer forholdet mellom ansatte og ledelse. Den enkelte ansatte stilles til ansvar for forbedring av virksomheten. Det utvikles individuelle belønningssystemer, overskuddsdeling og ulike former for ansattes medeierskap i bedriftene. Forskningen viser imidlertid at individuelle belønningssystemer har liten effekt på produktiviteten (Bråten & Langeland 2003).

En del bedrifter går svært langt og tilbyr ulike personlige utviklingstiltak for de ansatte. Eksempler er tilbud om fri adgang til treningsstudioer og «slutt å røyke kurs». Nylig kunne vi lese i dagspressen om en bedrift som tilbød de ansatte kurs for å forbedre sex-livet sitt. Slike personrettede tiltak begrunnes med en antakelse om at de vil forbedre produktiviteten i arbeidet, samtidig som de kan oppleves som et personlig gode. Slike tilfeller der arbeidsgivere aktivt søker å påvirke ansattes atferd også i fritiden, selv de mest intime deler av privatlivet, peker i retning av en slags ny-paternalisme i arbeidslivet. Det er ikke bare arbeidskraften de kjøper og søker å kontrollere, men hele den ansatte som tenkende og handlende individ (Hagen, I.M. 2003).

Nyere forskning viser at stadige omstillinger fører til psykiske og fysiske plager (Sørensen 2004) og utstøting av eldre arbeidstakere (Midtsundstad 2003). De effektiviserings- og omstillingsmetodene som benyttes i virksomhetene utvider og forsterker kravene til arbeidstakerne. Risikoen for ikke å slippe inn i, og risikoen for å støtes ut av arbeidslivet, øker for dem som ikke har forutsetninger for å møte de nye og sterkere kravene.

Arbeidstakernes rolle

Norske arbeidstakere får stadig mer innflytelse på sin egen arbeidssituasjon, på hvem de jobber sammen med, på hva slags verktøy de har tilgang til, på arbeidstid og på forhold som har med trivsel å gjøre (Hilsen & Grimsmo 1998, Falkum et al 1999). For de som deltar i arbeidslivet, gir arbeidet stadig flere muligheter til utvikling, selvbestemmelse og selvrealisering (Svalund 2003). Simonsen & Katznelson (2000) viser at dansk ungdom først og fremst forbinde arbeid med selvrealisering. For noen blir arbeidet så engasjerende at de glemmer sine egne begrensninger og ender i utbrenthet (Sørensen 2002). Vi ser med andre ord mekanismer som kan bidra til at arbeidstakerne selv både kan forsterke kravene til egen jobb, og overvurdere sine egne forutsetninger for å mestre dem. Denne typen utvidelse av gapet mellom krav og forutsetninger for å delta i arbeidslivet henger ofte sammen med omstilling, utvikling og effektivisering i virksomhetene.

Den kvalitative tilnærmingens utfordringer

Tallene i innledningen til dette hovedavsnittet viser at nær en tredel av de som er i arbeidsfør alder, ikke deltar i arbeidslivet. I stedet er de brukere av ulike velferdsstatlige ytelser. Gjennom IA forvalter trygdeetaten et omfattende sett av virkemidler. Spekteret spenner fra kunnskapsformidling og veiledning til økonomisk støtte til å øke deltakelsen både for sykmeldte, funksjonshemmede og eldre. Virkemidlene skal bidra til et bedre samsvar mellom arbeidstakernes forutsetninger for og arbeidsgivernes krav til deltakelse i arbeidslivet.

Samtidig finner vi trekk ved arbeidslivet som virker i motsatt retning.

For det første finner vi en mismatch mellom hva arbeidsgivere etterspør og det arbeidstakere tilbyr av kompetanse. I noen bransjer bidrar den mangelfulle koblingen mellom utdanningssystem og arbeidsliv til at gapet mellom arbeidstakernes forutsetninger og arbeidsgivernes krav øker i stedet for å minke.

For det andre effektiviseres de fleste arbeidsplasser mer eller mindre kontinuerlig. Dette bidrar til å redusere behovet for arbeidskraft i den enkelte virksomhet. Kravene til arbeidstakerne øker, ikke bare krav om økt produktivitet, men også krav til den enkelte arbeidstaker om deltakelse og ansvar i forbedringsprosesser. Dette vil neppe forenkle forsøk på å inkludere arbeidstakere med redusert funksjonsevne.

For det tredje får den enkelte arbeidstaker stadig større innflytelse på sin egen arbeidssituasjon. Jo mer innflytelse den enkelte arbeidstaker får, desto vanskeligere blir det å etablere standardiserte ordninger og forhold. Dermed kan individualiseringsprosessene svekke mulighetene for å oppnå resultater på systemnivå.

En kvantitativ tilnærming – finnes det arbeid til alle som ønsker det?

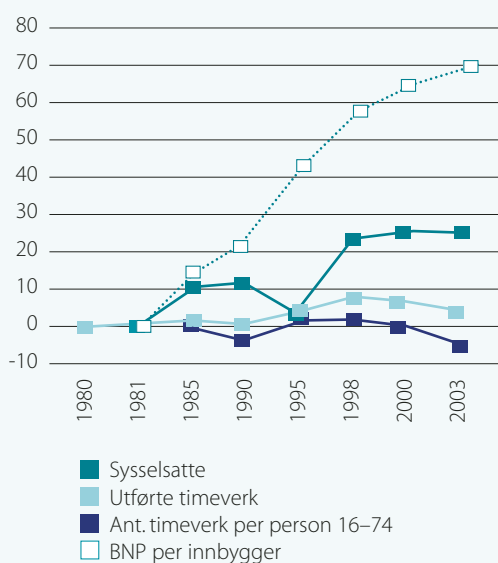
Å forhindre utstøting av arbeidstakere som får nedsett funksjonsevne, er blant annet et spørsmål om hvor store krav til effektivitet som stilles i virksomhetene. Å inkludere arbeidsledige, yrkeshemmede, uførepensjonister og tidligpensjonerte er i tillegg et spørsmål om det finnes arbeidsplasser til dem. Hvor mye lønnsarbeid finnes i det norske samfunnet, og hvordan skal det fordeles?

Figur 2 (neste side) viser at

- BNP per innbygger vokste gjennom hele perioden og var 70,5 % høyere i 2003 enn i 1981,
- i 2003 ble det utført 4,2 prosent flere timeverk enn i 1985,
- i 2003 var det 25,6 prosent flere personer som var sysselsatt enn i 1985, til tross for at antall utførte timeverk ikke var mer enn 4,2 prosent høyere enn i 1985 (4),

Figur 2

prosentvis endring i antall sysselsatte, brutto-nasjonalprodukt (BNP i faste 1981 kroner, oppgitt av SSB) per innbygger fra 1981 til 2003, total arbeidsmengde i samfunnet (antall utførte timeverk) og relativ arbeidsmengde (antall utførte timeverk per innbygger i arbeidsfør alder) fra 1985 (= 100 prosent) til 2003. (Kilde SSB: Befolkningsstatistikk, Nasjonalregnskap og Sysselsettingsstatistikk)



- den relative arbeidsmengden i samfunnet: totalt antall utførte timeverk per innbygger i alderen 16 – 74 år (arbeidsfør alder i flg. SSB) var 5,1 prosent lavere i 2003 enn i 1985.

Figuren gir for det første et ganske informativt bilde av effektiviseringen i norsk arbeidsliv de siste 20 årene. At verdiskapningen øker med 70 prosent samtidig som den absolutte arbeidsmengden ikke stiger med mer enn 4,2 prosent, betyr at verdiskapningen blir mindre avhengig av arbeidet i perioden. Investering i teknologisk utvikling og automatisering reduserer behovet for arbeidsinnsats. Det innebærer at vi får mer ut av hvert timeverk, at effektiviteten i arbeidet er vesentlig styrket. En del av veksten skyldes selvsagt olje og gassvirksomheten på norsk sokkel. Olje- og gassutvinningen utgjorde 15,6 prosent av BNP i 1981 og 18,5 prosent av BNP i 2003 (5). Oljevirkosomhetens betydning svinger fra år til år, og den kan på langt nær forklare den jevne veksten i BNP alene.

For det andre viser figuren at den totale mengden av lønnsarbeid som finnes i samfunnet ikke øker særlig mye, og når denne arbeidsmengden fordeles på innbyggere i arbeidsfør alder, ser vi tilnærmet stillstand og periodevis nedgang i den relative arbeidsmengden. I den aktuelle perioden er det stadig flere personer som er sysselsatt, men denne veksten flater ut og stabiliseres fra 1998 og framover. Sysselsettingsstatistikken til SSB viser at i gjennomsnitt arbeidet hver enkelt sysselsatt 1430 timeverk i 1985 og 1283 timerk i 2003, dvs en nedgang i arbeidsmengde per sysselsatt på ca 11 prosent. Nergaard (2003) viser hvordan deltidsansettelser øker fram til 1996 for deretter å stabiliseres på det nivået. Som vist i tidligere avsnitt hadde vi en utstrakt bruk av overtidsarbeid i 2003. Sammenholder vi dette med funnene i figur 2, innebærer det at det også er en del arbeidstakere som arbeider mer enn normalarbeidsåret på ca 1750 timeverk. Arbeidsmengden er med andre ord skjevt fordelt i arbeidsstyrken i 2003, og antakelig skjevere enn den ble fordelt i 1985.

For sammenhengen mellom arbeid og velferd, og dynamikken i det velferdsindustrielle kompleks, er disse kvantitative størrelsene avgjørende. Er det mulig å få flere yrkeshemmede, arbeidsledige, uførepensjonister og tidligpensjonerte inn i arbeidslivet når den relative arbeidsmengden i samfunnet synker? For å komme noe nærmere et svar kan vi se på hva som har bidratt til denne utviklingen.

Omfordeling av arbeid i samfunnet

Det er ca 300 000 flere kvinner i arbeid i 2001 enn i 1981 (38 prosent økning) (Svalund 2003:67). I den samme perioden har antall personer i aldersgruppen 16 – 74 år økt med 8,4% (Arbeidskraftundersøkelsen, SSB).

Sysselsettingen i primærnæringene er halvert i perioden 1981 til 2003. Ansatte i industri og bergverk utgjorde 22 prosent av alle syssel-

(4) I 1985 ble det utført 2,992 mrd timeverk. Deler vi dette på de 3,04 mill innbyggerne i alderen 16 – 74 år, finner vi at den totale mengden lønnsarbeid per person i denne aldersgruppen var 996 timeverk. I 2003 ble det utført 3,079 mrd timeverk som delt på 3,257 mill personer i arbeidsdyktig alder gir 945 timeverk per person. Timeverk per person i arbeidsdyktig alder var dermed 5,1 prosent høyere i 1985 enn i 2003.

(5) Bruttoprodukt i utvinning av råolje og naturgass inkl tjenester og rørtransport utgjorde 15,6 prosent av BNP i 1981, 18 i 1985, 13,3 i 1990, 12 i 1995, 11,6 i 1998, 23,2 i 2000 og 18,5 i 2003. Utregnet med tall fra SSB i løpende priser per år

satte i 1981 mot 12 prosent i 2003. I 1980 stod industri og bergverk for 15 prosent av bruttonasjonalproduktet mot 9,2 prosent i 2003 (SSB: Nasjonalregnskapet/ Makroøkonomiske hovedstørrelser). Offentlig og privat tjenesteyting økte med ca 50 prosent. Finansiell tjenesteyting (med mer) øker med 175 prosent i perioden og sysselsetter i 2003 omtrent like mange som industri og bergverk. Det er en kjensgjerning at antall industriarbeidsplasser synker, men samtidig vet vi at for eksempel regnskapstjenester, vedlikehold og kantinedrift i stor grad er tatt ut av industribedriftene og etablert som egne selskap. Arbeidet utføres fortsatt, men de som utfører det, skifter bransje og registreres dermed som noe annet enn industriansatte. Dette kan påvirke fordelingene i statistikkene.

Vi gjør helt andre ting og på helt andre måter i dag enn vi gjorde for ca 25 år siden. I prosessindustrien er det ikke lenger den manuelle innsatsen som dominerer, men kontroll, overvåking og vedlikehold av produksjonsutstyr og produksjonsprosesser. Hoder blir viktigere enn muskler, ikke bare i de moderne «kunnskapsbedriftene», men også i de tradisjonelle næringene. Teknologien endrer ikke bare mengden i og fordelingen av arbeid mellom næringer, men også arbeidets karakter, organisering og vilkår.

Eierskap, ledelsesstrategier og fordeling av arbeid

Norsk næringsliv har alltid vært eksportrettet, men i løpet av de siste tjue årene veves det tettere inn i internasjonale økonomiske strukturer. Norske selskap investerer mer i utlandet, og utenlandske selskap investerer mer i Norge (Kvinge 2001). Olje- og gassutvinningen har bidratt sterkt til avhengigheten av internasjonale markeder og valuta. Også tjenesteyting selges og kjøpes i internasjonale markeder i voksende grad. Internasjonaliseringen fører med seg nye modeller både for eierskap og ledelse.

En viktig endring ser vi i eiernes krav til avkastning på kapital, i det minste i de store selskapene. Aksjonærene sammenlikner ikke lenger avkastningen med norske konkurrenter men med kapitalavkastningen i internasjonale markeder (Froud et al 2000). Krav om 15 prosent avkastning på investert kapital

per år er ikke uvanlig, selv i tider der de langsiktige innskuddsrentene i bankene er under 5 prosent. Bedriftslederne søker å innfri eierkravene med omfattende strukturelle omstillinger (Froud et al 2000). Eierstrategiene ser ut til å redusere den totale mengden av arbeid som utføres i Norge, og å bidra mindre til nyskaping, investering og økning av antall arbeidsplasser. Med tall fra SSB viser Slipersæter & Brofoss (2004:57) at norsk næringslivs kjøp av FoU-tjenester sank med 17 prosent fra 2001 til 2002. De langsiktige norske strategiene for industrialisering og samfunnsbygging som lå til grunn for utviklingen av lokomotiver som Norsk Hydro, Aker, Kværner og Orkla fra 1950 tallet og framover, ser ut til å vike plassen for internasjonale perspektiv på inntjening og avkastning.

En av effektiviseringsmetodene går ut på å rendyrke kjernevirksomheten, det vil si den produksjonen virksomheten kan best, og som kan bidra mest til omsetningen. Aktiviteter som ikke hører hjemme i kjernen, skilles ut og flyttes over i egne selskap (outsourcing), enten ved salg til allerede eksisterende bedrifter eller ved etablering av nye driftsselskap. Trenden har vært å skille ut økonomi- og regnskapsfunksjoner, eiendomsdrift, reparasjons- og vedlikeholdstjenester, renhold og kantiner. Arbeidsgiveren får redusert lønnskostnader og dermed frigjort midler som kan brukes til andre ting. For de ansatte kan utskilling og flytting av oppgaver føre til at de kommer inn under andre tariffavtaler med andre lønns- og pensjonsvilkår, andre arbeidstidsordninger og nye arbeidsvilkår (Bogen & Kvinge 2004). Utskilling fører ofte til en nedbemanning i de virksomhetene som skilles ut.

Det motsatte av utskilling er sammenslåing (fusjon). For å styrke kjernevirksomheten kjøper selskapet opp hele eller deler av konkurrerende virksomheter. Motivet kan være å få tilgang til ny teknologi, ny kompetanse, nye produkter og tjenester og/eller nye kunder og markeder som er viktige for å utvikle kjernevirksomheten. Slike sammenslåinger begrunnes ofte med stordriftsfordeler som bedre infrastruktur og lavere administrasjons-, salgs- og distribusjonskostnader. De fører som regel til nedbemanning i virksomhetene. Konsekvensene av

ier- og ledelsesstrategiene er et sterkt effektiviserings- og lønnsomhetspress i arbeidslivet. Færre skal produsere mer.

Den kvantitative tilnærmingens utfordringer

Det er over 20 prosent flere sysselsatte i 2003 enn i det var i 1985. I snever forstand kan dette tas til inntekt for at arbeidslinja i den norske velferdsmodellen har lyktes. Samtidig er den relative mengden lønnsarbeid 5 prosent lavere i 2003 enn den var i 1985.

Andelen av befolkningen som er i arbeidsfør alder, har økt mer enn tilveksten av nye arbeidsplasser. Det er flere som har lønnsarbeid, men det er i gjennomsnitt mindre lønnsarbeid å fordele til hver enkelt. Hovedutfordringen er å finne plass til alle som ønsker å delta i arbeidslivet, og det bidrar til et økende press på folketrygden og andre velferdsstatlige ytelser.

Utfordringene er:

For det første: spørsmålet om det er rimelig og mulig å forvente at mer enn 70 prosent av de som er i arbeidsfør alder, skal delta i arbeidslivet. I dette ligger det også et statistisk problem. Arbeidsfør alder er satt til 16 – 74 år av hensyn til muligheter for internasjonale sammenlikninger. Det trengs en opprydding både i begreper, definisjoner og statistiske variabler som bør inngå, for å gi et riktig bilde av hvem som er arbeidsføre, hvem som tilhører arbeidsstyrken og hvem som deltar i arbeidslivet.

For det andre: spørsmålet om hva deltakelse i arbeidslivet skal innebære. Hva er full sysselsetting? Hvor mye av lønnsarbeidet skal utføres av midlertidig ansatte, av deltidsansatte og som overtid? Hvor går grensen for når det oppfattes som uinteressant å jobbe i forhold til å gå på trygd?

For det tredje: hvis vi ikke øker mengden lønnsarbeid i samfunnet, må økt deltakelse i arbeidslivet nødvendigvis bety at vi fordeler det arbeidet som finnes på flere. Det leder raskt til et spørsmål om hvem som skal betale den økte deltakelsen; arbeidsgiverne ved redusert avkastning på kapital, arbeidstakerne ved reduserte lønnsinntekter eller velferdsstaten ved for eksempel økt bruk av kombinasjon lønn/trygd?

Diskusjon: Fire spørsmål og ett forslag

IA bygger i sin helhet på en avtale mellom staten og partene i arbeidslivet, i motsetning til lover og andre former for politisk regulering. Denne felles satsingen er i seg selv en synliggjøring av «det velferdsindustrielle kompleks». De tre partene har en felles oppfatning om at sammenhengene mellom arbeidsliv, verdiskapning og velferdsstat er i ubalanse. Opprettelsen av et felles arbeids- og sosialdepartement er en like klar synliggjøring av at regjeringen ser arbeidsliv og velferdsstat i sammenheng.

Bestrebelsene på å få flere i arbeid og færre på trygd har i all hovedsak hatt en kvalitativ tilnærming. Tiltakene og virkemidlene tar utgangspunkt i hva som kan gjøres for å hindre at arbeidstakere støtes ut, og hva som kan gjøres for å få de som er ute tilbake i arbeidslivet. Det settes betydelige krefter inn på å skape endringer i arbeidslivet som åpner det opp også for dem som av en eller annen grunn har en redusert funksjonsevne i forhold til andre. Konsekvensen av den kvalitative tilnærmingen er at problemet for en stor del ses som et spørsmål om å fordele eksisterende goder og byrder. Spørsmålet om å øke mengden av lønnsarbeid som kan fordeles, knyttes først og fremst til arbeidsledighet, og i langt mindre grad til attføring, uførepensjonering, sykefravær eller tidligpensjonering.

Den kvalitative tilnærmingen kan bidra til at arbeidet fordeles på nye måter. Den grunnleggende oppfatningen er at det å ha arbeid er et gode som flest mulig bør ha tilgang til. Dernest at andre måter å fordele arbeidet på kan bidra til verdiskapningen og redusere bruken av velferdsstatlige ytelser. Det søkes å skape en bedre balanse mellom arbeidsgivernes krav til og arbeidstakernes forutsetninger for å utføre lønnsarbeid. Den kvalitative tilnærmingen forutsetter endring i personalstrategier, kultur og struktur på arbeidsplassene. Virkemidlene i IA kan bidra til det. Dersom mengden av lønnsarbeid ikke øker, kan den kvalitative tilnærmingen bare lede til en omfordeling av det arbeidet som finnes.

Den kvantitative tilnærmingen peker på nødvendigheten av å øke mengden lønnsarbeid dersom vi skal oppnå en bedre balanse mellom verdiskapning

og velferdsstat. Men det å øke mengden lønnsarbeid vil ikke nødvendigvis føre til en bedre fordeling av arbeid. Derfor er både den kvalitative og den kvantitative tilnærmingen nødvendige når vi skal løse både de strukturelt og de individuelt betingede problemene i fordelingen av arbeid..

Nærings- og arbeidslivet søker å øke verdiskapning- og lønnsomheten. I praksis har det ført til at den relative mengden lønnsarbeid står stille eller går ned, og at det dermed er mindre arbeid å fordele. Kravene til økt verdiskapning og lønnsomhet trekker dermed i motsatt retning av kravene til dempet bruk av velferdsstatens ytelser. Logikken i «det velferdsindustrielle kompleks» er at både økt verdiskapning og økt velferdsstatlig innsats forutsetter økt deltakelse i arbeidslivet. Det ser ut til at denne logikken er brutt: både verdiskapning og bruk av velferdsstaten øker selv om deltakelsen i arbeidslivet relativt sett går ned. Det er dette som legitimerer en utvidet rolle for staten i utformingen av arbeidslivet og den framtidige verdiskapningen. Det er nødvendig å trekke opp noen nye perspektiver.

Fire spørsmål

For det første: hvor skal grensen for velferdsstatens innsats i arbeidslivets oppbygging og virkemåte gå? Har det statlige ansvaret allerede gått så langt at eiere og arbeidsgivere ikke lenger oppfatter det som sitt? Hvordan påvirker i så fall opplevelsen av et redusert sosialt ansvar virksomhetenes beslutninger og strategier?

For det andre, og som en følge av det første: hvis virkemidlene i IA bidrar til å øke verdiskapningen i virksomhetene, er det da rimelig at velferdsstaten får del i overskuddet på samme måten som andre investorer? For det tredje: hvordan påvirker fordelingen av arbeid og velferd valgene til arbeidstakerne? Hvor mye arbeid må den enkelte tilbys for at det skal være interessant å jobbe?

For det fjerde, og sist: hvis både verdiskapningen og velferdsstaten avhenger av deltakelsen i arbeidslivet, hva kan vi gjøre for å skape en bærekraftig balanse i «det velferdsindustrielle kompleks»?

Balansering av forholdet mellom verdiskapning og velferdsstat?

Flere i arbeid og færre på trygd er et spørsmål om en bedre og bærekraftig balanse mellom verdiskapning og velferdsstat. Det er ikke tilstrekkelig å overlate verdiskapningen til aktørene i nærings- og arbeidsliv. Det skaper ikke nok lønnsarbeid til at velferdsstaten på sikt kan innfri sine rettighetsstyrte forpliktelser. Derfor trengs det en langt bedre samordning av verdiskapnings- og velferdsstrategiene i den offentlige politikken. Det kan oppnås ved

- å bruke demografiske data til å forutsi både behov for velferdsytelser og behov for arbeidsplasser (mengde lønnsarbeid) i gitte tidsintervaller,
 - å bruke statistikk og næringslivets styringsparametere til å forutsi hvor mye lønnsarbeid som trengs for å nå mål om verdiskapning,
 - å etablere et regnskap for balansen mellom verdiskapning og velferdsstat som kan brukes som et styringsverktøy for å justere målene for verdiskapning og mengde lønnsarbeid ut fra velferdspolitiske mål.
- Velferdspolitikken og verdiskapningen må ses i sammenheng. Når velferdsstaten ser ut til å få en større rolle i arbeidslivets oppbygging og virkemåte, oppstår det et klart behov for å se næringspolitikk, olje- og gasspolitikk og arbeidslivspolitikken i sammenheng med velferdspolitikken i større grad enn i dag. Inkluderende arbeidsliv dreier seg ikke bare om å redusere folketrygdens kostnader eller å tilfredstille ønsker om å delta i arbeidslivet. Det er også et potensial for å øke verdiskapningen: å forvandle kostnader til inntekter. Et arbeidsliv med et menneskelig ansikt er neppe til hinder verken for økt verdiskapning eller en bedre balanse i «det velferdsindustrielle kompleks».

Referanser

- Allen, James B., 1966, *The Company Town in the American West*, Oklahoma:Norman
- Armeson, R.B., 1964, *Total Warfare and the Compulsory Labor: a Study of the Military Industrial Complex in Germany during World War I*. The Hague
- Aslesen, S., 2004, *Sykefravær i verkstedsindustrien i Grenland. Presentasjon av en spørreundersøkelse* (under arbeid.)
- Berg, L., 1998, *Utdanningsuget. Ungdoms utdannings- og yrkesvalg sett fra skipsindustrien i Ulsteinvik*, Oslo, Fafo-rapport 258.
- Bjørndal A, B. Johnsen & P.I. Clementsen, 1990, *Konsekvenser ved innskrenkninger ved en hjørnesteinsbedrift*, Tidsskrift for den norske lægeforening nr 2.
- Bogen, H. & T. Kvinge, 2004, *Utsetting av arbeidsoppgaver – blir arbeidstakerne mer utsatt? Erfaringer fra fire virksomheter*, Oslo, Fafo (under utgivelse)
- Bragstad, T., A. Sagsveen og E. Thorup, 2000, *Geografisk variasjon i tilgang av nye uførepensjonister 1980–1997 etter fylke*, Rapport 06/2000, Oslo, Trygdeetaten,
- Bråten, M. og O. Langeland, 2003, *Lønner det seg? Belønningssystemer og organisasjonseffekter i tradisjonelle og kunnskapsbaserte bedrifter*, Oslo, Fafo-rapport 423
- Drøpping, J.A., 2004, *Inkluderende arbeidsliv – inkluderende arbeidsgivere? Et utvalg arbeidsgiveres oppfatninger av sitt «sosiale ansvar»*, Oslo, Fafo-notat 2004:26
- Engelstad, F., 1991, *Hva mener vi med arbeid?* Arbeidsnotat 91:9 Oslo, ISF
- Esping-Andersen, G., 1985, *Politics against Markets: The Social Democratic Road to Power*, New Jersey, Princeton Univ. Press
- Falkum, E., L. Eldring & T. Colbjørnsen, 1999, *Medbestemmelse og medvirkning. Bedriftsutvikling mot år 2000*, Oslo, NHH/Fafo-rapport 324
- Falkum, E., 2000, *Når partssamarbeidet setter dagsorden*, i Pålshaugen, Ø & T. Qvale (red.) *Forskning og bedriftsutvikling – nye samarbeidsforsøk*, Oslo, The Work Research Institute's Publication Series 9
- Falkum, E., H. Bogen & L. Moland, 2003, *Trygdeetatens oppfatninger om Inkluderende arbeidsliv, Premisser for iverksetting av Intensjonsavtalen*. Oslo, Fafo prosjektnotat til Prosjektet for Inkluderende arbeidsliv
- Falkum, E., 2004, *På vei mot fellesskap? Endringer i oppfatninger i trygdeetaten fra 2002 til 2003*. Oslo, Fafo, prosjektnotat til Prosjektet for inkluderende arbeidsliv
- Fløtten, T. Og A.W. Pedersen, 1996, *Sikkerhetsordninger i det norske arbeidsmarkedet*, Oslo, Fafo-rapport 207
- Frogner, T. (2004) *Arbeidsgivers funksjonsevne og fleksibilitet? Konferansen Inkluderende arbeidsliv – for alle?* RTV/Fafo 18. juni 2004, www.fafo.no (klikk på Nyheter i menyen)
- Froud, J., Chaslam, C., Johal, S. and Williams, K., 2000, *Restructuring for shareholder value and its implications for labour*, Cambridge Journal of Economics 24, 771–797
- Hagen, K., 2002, *Velferdsstater på grunn av markedet*, Velferd – sosial trygd, arbeid og helse 2002, 8
- Hagen, K., 2003, *Hvor ble det av velferdsstatens krise?* www.arena.uio.no
- Hagen, I.M., 2003, *Bedriftsdemokrati fra rettighet til produktivitet*, i Engelstad, F., Svalund, J., Hagen, I.M. and Storvik, A.E., 2003, *Makt og demokrati i arbeidslivet*, Makt og demokratiutredningen, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Hilsen, A.I. & Grimsmo, A., 1998, *Arbeidsmiljø og omstilling*, Delrapport, Oslo Arbeidsforskningsinstituttet
- Hippe, J., 1997, *Bargaining, Politics and Solidarity: A different Story? A Study of Employment Relations and Occupational Welfare in Norway*. Oslo, fafo-report 228

- Karlsson, J.C., 1986, *Begreppet arbete, Definitioner, ideologier och sociala former*, Univ I Karlstad: Arkiv avhandlingsserie 24
- Kolberg, J. E., 1983, *Farvel til velferdsstaten?* Oslo, Cappelen.
- Krause, E.A., 1977, *Power & Illness, The political Sociology of Helath and Medical Care*, Amsterdam, Elsevier North Holland Inc.
- Kvinge, T., 2001, *Internasjonalt eierskap i norske regioner, omfang og utvikling*, Oslo, Fafo-rapport 347
- Langeland, O., T. Bjørnskau, H. Lorentzen & A.W. Pedersen, 1999, *Mellom frihet og fellesskap, Det 21. århundrets velferdssamfunn*, Oslo, Tiden-Fafo-rapport 270
- Marx, K., 1975, *Økonomiske skrifter*, DDR, Cavefors
- Midtsundstad, T., 2002, *Sosiale ordninger under press, En kvalitativ studie av lønns- og arbeidsvilkår i fire NAVO-virksomheter*, Oslo, Fafo-rapport 401
- Mishra, R., 1984, *Society and Social Policy, Theories and Practice of Welfare*, London: Macmillan Publ Ltd.
- Nergaard, K., 2004, *Atypisk arbeid. Midlertidige ansettelse og deltidsarbeid i Norge*, Oslo, Fafo-rapport 430
- Pedersen, A.W., 1997, *Fravær i arbeid, Utviklingen i sykefravær på 90-tallet*, Oslo, Fafo-rapport 218.
- Pursell, C.W., 1972, *The Military Industrial Complex*, New York, Harper Row
- Røvik, K.A. 1998, *Moderne organisasjoner. Trender i organisasjonstenkingen ved tusenårsskiftet*, Bergen, Fagbokforlaget,
- Seip, A.L., 1981, *Om velferdsstatens fremvekst*, Oslo, U-forlaget
- Simonsen, B. & N. Katznelson, 2000, *Unges arbeidsbegreb*, Tidsskrift for arbeidsliv, 2.årg. nr 4
- Skeie, J., 2003, *Velferdsstaten og flukten fra markedet*, i Benum, E. et al (2003) Den mangfoldige velferden, Festskrift til Anne Lise Seip, Oslo, Gyldendal,
- Slipersæter, S. & K.E. Brofoss, 2004, *Forskningsinstituttene rammebetingelser for internasjonal konkurranse*, Oslo, NIFU/STEP: Skriftserie 19/2004
- Svalund, J., 2003, *Arbeidstakernes frihet og arbeidets organisering*, i Engelstad, F., Svalund, J., Hagen, I.M. and Storvik, A.E. (2003) Makt og demokrati i arbeidslivet, Makt og demokratiutredningen, Oslo, Gyldendal Akademisk
- Steen, R., 1999, *Underveis. Det 21. århundres velferdssamfunn*, Oslo, Fafo-Tiden
- Sørensen, B.Å., 2002, *Det nye arbeidslivet – et ekskluderende arbeidsliv*, Oslo, AFI-WRI
- Sørensen, B.Å., 2004, *IA-innsats til rett tid – ny kunnskap om nedbemanning på norsk. Foredrag på Konferansen Inkluderende arbeidsliv – kan kabalen gå opp?*, Fafo 8. januar 2004.
- Westin, S., 1992, *Hvorfor kom så mange på trygd? Uførepensjon i 1980-årene*, Sosial Trygd 1992:3
- Østberg, T., 1999, *Utdanningsambisjoner og utferdstrang. Ungdoms utdannings- og yrkesvalg sett fra verkstedsindustrien i Harstad-regionen*. Oslo, Fafo-rapport 265
- Østberg, T., 2000, *Mobil og omskiftelig. Ungdomsutdannings- og yrkesvalg sett fra industrien i Kongsbergregionen*, Oslo, Fafo-rapport 326
- Utredninger og meldinger
- NOU 2004:1 *Modernisert folketrygd. Bærekraftig pensjon for framtida*
- NOU 2004:5 *Arbeidslivslovutvalget. Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst*
- NOU 2004:13 *En ny arbeids- og velferdsforvaltning. Om samordning av Aetats, trygdeetatens og sosialtjenestens oppgaver*
- St.meld nr 35, 1994–1995 *Velferdsmeldingen*

Fra aktiv sykmelding til vanlig jobb

VEIEN TILBAKE



Målet om et arbeidsliv med rom for alle som kan og vil arbeide, innebærer blant annet å få sykmeldte raskest mulig tilbake på jobb. En undersøkelse gjennomført av Rikstrygdeverket viser at tre av fire sykmeldte klarer å komme tilbake til vanlig arbeid etter en periode med aktiv sykmelding. Sykmeldte med kroniske og psykiske lidelser kommer sjeldnere tilbake i arbeid enn andre sykmeldte.

Rikstrygdeverket gjennomførte høsten 2003 en spørreundersøkelse om bruken og effektene av aktiv sykmelding. Hovedformålet var å identifisere hvilke faktorer som påvirket den sykmeldtes arbeidsrelaterte aktivitet i sykmeldingsperioden, og hva som påvirket retur til vanlig arbeid. Undersøkelsen viste at 75 prosent av de sykmeldte kom i arbeid etter en periode på aktiv sykmelding. Av disse hadde over 90 prosent samme arbeidstid som før sykmeldingen, og de aller fleste kom tilbake til de samme arbeidsoppgavene. Sykmeldte som kom raskt i gang på aktiv sykmelding, kom oftere i arbeid enn de som gikk lengre tid på ordinær sykmelding før det ble satt i verk aktive tiltak. Sykmeldte med kroniske eller psykiske lidelser kom sjeldnere tilbake til arbeid enn andre.

Tidligere undersøkelser

Tre tidligere undersøkelser har undersøkt sykefravær i enkelte kommuner og i landet som helhet for å se om enkeltindividers sykefravær påvirkes av om de har vært på aktiv sykmelding. Disse undersøkelsene kan ikke påvise noen særlig forskjell i andelen som kom i arbeid etter vanlig sykmelding sammenlignet med de som hadde vært på aktiv sykmelding. En undersøkelse målte effekten av forskjellige strategier for å øke andelen sykmeldte som benyttet aktiv sykmelding. Sykefravær i ulike kommuner ble brukt som målestokk på effekt. Selv om andelen aktive endret seg, resulterte ikke dette i endret sykefravær (Scheel, 2004). I en annen undersøkelse forsøkte man å isolere hvilken effekt aktiv sykmelding har på samlet sykefravær i Norge. Man fant at personer som benyttet aktiv sykmelding hadde et betydelig lengre fravær enn personer med vanlig sykmelding (Kann og Kolstad, 2003, Kolstad, 2004). En mulig tolkning av disse tilsynelatende motstridende resultatene kan være at sykefraværet for dem som hadde aktiv sykmelding ble noe redusert i løpet av en 12 måneders periode etter friskmelding (Kolstad, 2004), noe som kan ha jevnet ut den forlengelsen som ble observert blant aktivt sykmeldte. I en undersøkelse som så på hvilke faktorer som har betydning for om aktiv sykmelding blir iverksatt, fant man at bare 5,5 prosent av de som var på aktiv sykmelding tidligere hadde hatt gradert sykmelding, mens tilsvarende andel blant dem med vanlig sykmelding var 24 prosent. Undersøkelsen viste at 46 prosent av de som benyttet aktiv sykmelding også hadde benyttet ordningen tidligere (Kristoffersen, 2003). Undersøkelser som viser overgang fra aktiv til gradert sykmelding, mangler foreløpig. Registerdata viser at andelen med overgang fra aktiv til gradert sykmelding, økte fra 30,5 prosent i 3.kvartal 2003 til 38,7 prosent i 3. kvartal 2004. Disse observasjonene er imidlertid ikke kontrollert for andre underliggende forskjeller mellom personer med og uten aktiv sykmelding. Dette må man ta hensyn til i tolkningen.

Målretting av aktiv sykmelding

Ordningen med aktiv sykmelding ble innført i 1993, og andelen sykmeldte på aktiv sykmelding hadde en svak og gradvis vekst fram til årsskiftet 2001/2002. Deretter har det vært en sterk økning, fra 7,2 prosent av alle sykmeldte i 2. kvartal 2002 til 11,6 prosent i 2. kvartal 2004. Den fylkesvise spennvidden er stor, med fra 7,1 prosent av alle sykmeldte i Oslo til 15,3 prosent av alle sykmeldte i Buskerud 2. kvartal 2004.



Partene i arbeidslivet inngikk 3.oktober 2001 en Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Et av målene var å hindre utstøting av arbeidstakere med redusert funksjonsevne. I forbindelse med avtalen ble det satt større fokus på allerede eksisterende virkemidler som graderte sykepenger og aktiv sykmelding. Avtalen bygger på prinsippet om at den enkelte arbeidsplass er hovedarenaen for å få til et inkluderende arbeidsliv. Aktiv sykmelding er et virkemiddel der den sykmeldte beholder sykepenger (eller rehabiliteringspenger) i forbindelse med aktivisering eller arbeidstrening på arbeidsplassen. Sykmeldte skal kunne opprettholde kontakten med arbeidsplassen, gjenoppta arbeidet gradvis og utprøve eller avklare egen arbeidsevne. Arbeidstaker og arbeidsgiver skal utarbeide en skriftlig, forpliktende avtale som trygdekontoret skal godkjenne. IA-virksomheter kan starte aktiv sykmelding uten en slik forhåndsgodkjenning fra trygdekontoret.

På bakgrunn av blant annet Rikstrygdeverkets tidligere analyser som viser at personer på aktiv sykmelding kommer senere tilbake i vanlig arbeid enn personer med vanlig sykmelding (Kolstad og Kann, 2003), har man stilt spørsmål ved ordningens incentivvirkninger, og om dette kan skyldes at verken sykmeldte, arbeidsgiver eller behandlende lege legger tilstrekkelig vekt på friskmelding når arbeidstakeren likevel er i arbeid? Ved endringer i sykepengerreglene fra 01.07.04 var det et ønske om å målrette ordningen med aktiv sykmelding bedre. Et krav til arbeidsrelatert aktivitet innen åtte uker fra sykmelding for videre rett til sykepenger ble innført, og tilrettelegging med aktiv sykmelding er en sentral aktivitet i denne sammenheng. I Ot.prp. nr 48 (2004–2004) uttales at målsettingen er å sikre mot unødig forsinkelse av friskmelding. Videre bør aktiv sykmelding ikke settes i verk der gradert sykmelding kan benyttes og etter en tid med aktiv sykmelding bør alltid gradert sykmelding vurderes. Det skal ytes graderte sykepenger dersom den sykmeldte kan utføre en del av sine vanlige arbeidsoppgaver, enten ved å arbeide redusert tid eller bruke lengre tid for å utføre disse arbeidsoppgavene, for eksempel arbeide heltid, men utføre bare halvparten av oppgavene. Tidligere kunne man være på aktiv sykmelding i opptil 12 uker, med mulighet for forlengelse. Fra 01.07.04 ble imidlertid perioden for aktiv sykmelding redusert til fire uker i enklere tilfeller og til åtte uker dersom rehabilitering eller tilrettelegging ville ta lengre tid. Både fireukers og åtteukers perioder kan forlenges etter vedtak fra trygdeetaten.

I arbeid etter aktiv sykmelding

For å undersøke hva som påvirket om den sykmeldte returnerte til vanlig arbeid etter en periode på aktiv sykmelding, ble det brukt et spørreskjema. Av 4995 som mottok spørreskjemaet i undersøkelsen høsten 2003, svarte 42 prosent. Av disse var 1188 kvinner og 821 menn. Utvalget besto av personer som hadde avsluttet en periode på aktiv sykmelding. Faktorene som kunne påvirke om den sykmeldte kom i arbeid, omfattet både kjennetegn ved den sykmeldte (1), og kjennetegn ved den sykmeldtes omgivelser (2).

Av de 2009 som deltok i undersøkelsen, kom 75 prosent i arbeid etter en periode på aktiv sykmelding. Av disse hadde over 90 prosent samme arbeidstid som før de ble sykmeldt, og de aller fleste kom tilbake til de samme arbeidsoppgavene. Tre kjennetegn framsto som mulige forklaringsfaktorer på at den sykmeldte kom i arbeid etter en periode på aktiv sykmelding:

- varighet fra sykmeldingen startet til aktiv sykmelding ble iverksatt,
- om den sykmeldte hadde en kronisk eller en psykisk lidelse,
- omfang og økning av arbeidsmengde i løpet av perioden på aktiv sykmelding.

Tidlig eller sen iverksetting av aktiv sykmelding får konsekvenser

Om lag hver fjerde sykmeldte startet på aktiv sykmelding innen fire uker etter at vedkommende ble sykmeldt. Rundt 60 prosent av de som benyttet aktiv sykmelding, startet innen 12 uker etter at de ble sykmeldt.

Undersøkelsen viste at jo kortere tid det gikk fra sykmeldingen startet til aktiv sykmelding ble iverksatt, desto større var sannsynligheten for at de kom i arbeid. Andelen som kom i arbeid blant de som startet aktiv sykmelding innen fire uker etter sykmelding var litt under 82 prosent. Denne andelen er 10 prosentpoeng høyere enn for dem som kom i aktiv sykmelding etter fem måneders sykmelding. Det var først når det hadde gått et halvt år eller mer fra sykmeldingen startet at andelen som kom i arbeid sank under 60 prosent. Sykmeldte hvor aktiv sykmelding ble iverksatt først etter et halvt år, omfattet mindre enn hver femte av de sykmeldte.

At varigheten av perioden før aktiv sykmelding har slik effekt, kan tolkes som at aktiv sykmelding bør startes tidlig, da dette ser ut til å øke sannsynligheten for å komme i arbeid etter en periode på aktiv sykmelding. Resultatet av denne undersøkelsen kan imidlertid ikke belyse om tidlig aktivitet er bra for den sykmeldte, eller om bedre helse gjør tidlig aktivitet mulig. Her må man være oppmerksom på den store variasjonen i sykdomsbildet blant de sykmeldte. Perioden fra sykmeldingen startet til aktiv sykmelding ble iverksatt, kan være et

(1) Type sykdom, kronisk sykdom, varighet av sykdommen, alternativ til aktiv sykmelding, kjønn, alder, utdanning, stilling, sykmeldt deltar i prosessen.

(2) Hensikt med aktiv sykmelding, bransje, IA-virksomhet, varighet fra sykmelding til aktiv sykmelding, overordnet deltar i prosessen, behandlende lege deltar, varighet av aktiv sykmelding, skriftlig avtale om bruk av aktiv sykmelding utarbeidet.

Tabell 1

Varighet av sykmeldingsperioden før aktiv sykmelding ble iverksatt. Prosent av alle sykmeldte.

0–4 uker	5–8 uker	9–12 uker	13–26 uker	27 uker eller mer	Gjennomsnitt
24,1	18,3	17,4	22,8	17,4	14,8

Tabell 2

Andel av de sykmeldte som kom i arbeid sett i forhold til varigheten av sykmeldingsperioden før aktiv sykmelding ble iverksatt. Prosent.

0–4 uker	5–8 uker	9–12 uker	13–26 uker	27 uker eller mer
81,7	82,5	75,5	72,8	57,3

(3) Det finnes ikke noen standard definisjon på varigheten for at en sykdom skal oppfattes som kronisk. Kroniske sykdommer finnes innenfor alle grupper av sykdommer når de grupperes i henhold til hvor de er lokalisert.

Tabell 3

Andel som kom tilbake i arbeid etter aktiv sykmelding fordelt på diagnose og kronisitet. Prosent

	Hjerte-/ karlidelse	Muskel-/ skjelettlidelse	Psykisk lidelse	Andre lidelser
Kronisk	56,0	63,0	53,5	61,1
Ikke kronisk	85,2	87,5	73,8	86,9
Vet ikke	73,2	73,9	61,5	76,9
Totalt	68,0	73,0	65,6	77,1

Tabell 4

Hensikten med aktiv sykmelding. Prosent av sykmeldte som har avsluttet en periode på aktiv sykmelding. Flere svar mulig.

Avklare oppgaver jeg kunne klare	20
Tilbake til oppgaver, uten tilpasninger	27
Tilbake til oppgaver, med tilpasninger	16
Utprøving av arbeidsevne, egne oppgaver	26
Andre hensikter	14

uttrykk for at de med et mer komplekst sykdomsbilde trenger en lengre periode med behandling før de kan starte med aktiv sykmelding enn personer med et enklere sykdomsbilde.

Kronisk eller psykisk lidelse

Både diagnose og hvorvidt den enkelte vurderte sin lidelse som kronisk (3) eller ikke, hadde betydning for om vedkommende kom tilbake i arbeid. Blant de med en muskel-/skjelettlidelse kom rundt 73 prosent tilbake i arbeid, mens tilsvarende andel blant de med en psykisk lidelse var 66 prosent.

Sykmeldte som oppfattet sin lidelse som kronisk, hadde mindre sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid enn de som ikke vurderte lidelsen som kronisk, uansett diagnose. Størst forskjell fant man innen hjerte-/karlidelser, hvor 56 prosent av dem som vurderte lidelsen som kronisk kom tilbake i arbeid, mens andelen var 85 prosent blant dem som ikke vurderte lidelsen som kronisk.

Omfang og endring av arbeidsmengden under aktiv sykmelding

I undersøkelsen fant vi at lengden på den aktive sykmeldingen ikke påvirket om den sykmeldte kom tilbake i arbeid. Undersøkelsen viste at hver tredje aktive sykmelding varte under 4 uker, mens hver tjuende varte lenger enn et halvt år. Rundt 60 prosent av alle aktive sykmeldinger varte under 8 uker.

Rundt 15 prosent av de sykmeldte oppga at de hadde arbeidet 25 prosent av full jobb eller mindre mens de var på aktiv sykmelding. Om lag like mange oppga at de hadde arbeidet 75 prosent av en full jobb eller mer. Gjennomsnittlig andel av full jobb som ble utført var 51 prosent. At stillingsandelen var såpass stor, kan tyde på at det er et potensial for økt bruk av gradert sykmelding framfor aktiv sykmelding, men her kan vi ikke trekke bastante konklusjoner, da gradert sykmelding ikke vil gi den sykmeldte de samme muligheter for fleksibilitet som en aktiv sykmelding.

Av sykmeldte som hadde avsluttet en periode på aktiv sykmelding hadde vel halvparten økt arbeidsmengden i løpet av perioden, mens 20 prosent reduserte sin arbeidsmengde. Økning i den sykmeldtes arbeidsevne i løpet av perioden på aktiv sykmelding var en viktig faktor for om den sykmeldte kom tilbake i arbeid.

De sykmeldte ble også spurt om hensikten med deres aktive sykmelding. Det var her mulig å oppgi flere alternativer. Muligheten for å avklare oppgaver som vedkommende kunne klare, var den hensikt som ble oppgitt oftest.

Undersøkelsen viste videre at hensikten med å iverksette en aktiv sykmelding også hadde betydning for om vedkommende økte arbeidsmengden i løpet av sykmeldingen. Hvis den sykmeldte oppga at hensikten med aktiv sykmelding var at hun/han skulle tilbake til samme arbeidsoppgaver som før sykmeldingen uten tilpasninger, økte to tredjedeler av de sykmeldte sin arbeidsmengde i løpet av perioden. Var hensikten å avklare hvilke oppgaver den sykmeldte kunne klare, var andelen som økte sin arbeidsmengde under halvparten.

Man kan ikke tolke resultatene fra denne undersøkelsen som effekt av bruken av aktiv sykmelding. For å kunne måle slike effekter måtte man sammenligne med en gruppe som ikke har benyttet aktiv sykmelding med en mest mulig sammenlignbar gruppe som benyttet aktiv sykmelding.

I undersøkelsen var det i tillegg inkludert spørsmål om behandlende lege og nærmeste overordnet deltok i arbeidet med å utforme avtalen om bruk av aktiv sykmelding. Disse variablene ble inkludert i analysene, men ser ikke ut til å ha påvirket om den sykmeldte kom i arbeid. Det betyr ikke nødvendigvis at faktorene ikke er viktige. Mange forhold som beskriver den sykmeldtes omgivelser, kan være viktige for den sykmeldtes trivsel og for andre aspekter ved helse og sykefravær enn det som ble målt i denne undersøkelsen. Et slikt eksempel er at arbeidsgiver nevner aktiv sykmelding som et viktig virkemiddel for å oppnå og opprettholde dialog med den sykmeldte (Grambo og Andersen, 2003).

Spørreskjemaet er kun sendt til den sykmeldte selv. Behandlende lege og den sykmeldtes nærmeste overordnede kan ha en helt annen oppfatning av sin deltagelse enn hva den sykmeldte har. De kan også ha en annen oppfatning av hva den sykmeldte gjorde, og med hvilken hensikt man tok i bruk aktiv sykmelding.

Utfordringer videre

Forventningene til at sykmeldte på aktiv sykmelding skal komme i arbeid, er fortsatt store. Samtidig er det påpekt at noen sykmeldte vil ha et større behov for oppfølging fra arbeidsgiver i løpet av sykmeldingsperioden. Dette gjelder bl.a. kronisk og psykisk syke. Denne undersøkelsen viser at omtrent en tredel av sykmeldte på aktiv sykmelding rapporterte at de hadde kroniske lidelser og 15 prosent at de hadde psykiske lidelser. Disse gruppene økte i mindre grad sin arbeidsmengde i løpet av perioden på aktiv sykmelding. De kom også sjeldnere i arbeid etter en slik periode. Utfordringen vil bli å finne fram til mer konkrete tiltak som gjør det mulig for sykmeldte med kroniske og psykiske lidelser å komme tilbake i arbeid i større grad enn tidligere.

Referanser

- Grambo, Anne-Cathrine og Andersen, Mona Stormo: *IA-avtalens økonomiske virkemidler*, RTV-rapport 7/2003.
- Hvordan påvirkes den sykmeldtes arbeidsrelaterte aktivitet i forbindelse med aktiv sykmelding?* RTV rapport 7/2004
- Kolstad, Arne: *Effekt av aktiv sykmelding, 2002–2003*. RTV-rapport 3/2004.
- Kolstad, Arne og Kann, Inger-Cathrine: *Effekt av aktiv sykmelding?* RTV rapport 10/2003
- Kristoffersen, Per: *Hvilke faktorer har betydning for at «aktiv sykmelding» blir iverksatt?* RTV rapport 08/2003.
- Rikstrygdeverket 2002: *Økonomiske virkemidler for et inkluderende arbeidsliv*. Oslo, november 2002.
- Scheel, Inger Brummenæs: *The effective sick leave for back pain patients* Ph.D. dissertation, Faculty of Medicine, Universitetet i Oslo, 2004.
- Sosialdepartement: *Ot.prp.nr. 48 (2003–2004) Om lov om endringer i folketrygdloven (nye regler om sykmelding mv.)*



«ETHVERT

ARBEIDSDYGTIGT

MENNESKE...» ⁽¹⁾

Til tross for stor oppmerksomhet om betydningen av at funksjonshemmede integreres i arbeidslivet, har de erfaringsmessig en langt vanskeligere situasjon på arbeidsmarkedet enn befolkningen for øvrig. Hvorfor er det så vanskelig for funksjonshemmede å komme i arbeid? Med utgangspunkt i to konkrete eksempler diskuterer vi noen tilfeller hvor funksjonshemmede ekskluderes i rehabiliteringsprosesser og i hverdagen på den enkelte arbeidsplass.

(1) Artikkelen er skrevet med utgangspunkt i to forskningsprosjekt som gjennomføres ved Nordlandsforskning på oppdrag fra programmet Forsøksvirksomhet i trygdesektoren. Forskningsprosjektene «En helt vanlig jobb» og «Veien inn i arbeidsmarkedet» er basert på drøyt 30 casestudier av arbeidssituasjon og rekrutteringsveier hos fysisk funksjonshemmede og utviklingshemmede. Begge studiene startet i 2002 og avsluttes i hhv 2005 og 2006.

Muligheten til å delta i skapende og produktiv virksomhet regnes vanligvis som en av de mest grunnleggende forutsetninger for at et menneske skal fungere i et samfunn. Arbeidet fremstår både som en plikt, en rett og et tegn på å være et dugelig og selvstendig individ. Prinsippet om alle menneskers rett til å arbeide inngår i FN's menneskerettighetserklæring (artikkel 23) og er nedfelt i Grunnlovens §110, første ledd: «*Det påligger Statens Myndigheter at lægge Forholdene til Rette for at ethvert arbeidsdygtigt Menneske kan skaffe sig Udkomme ved sit Arbeide.*»

Nå kan det hevdes at formuleringen «at legge forholdene til rette» ikke er spesielt forpliktende, og det kan også være usikkert hva «arbeidsdygtigt» henviser til. I forarbeidet til denne bestemmelsen (som ble vedtatt i 1954), går det

Fra passive mottakere til aktive deltakere

imidlertid fram at formuleringen omfatter personer med fysiske og psykiske funksjonshemminger (se Markussen og Eskeland 1992).

Siden 60-tallet har normalisering vært et viktig prinsipp i den norske velferdspolitikken. Normaliseringsprinsippet understreker at alle mennesker har plikt og rett til å delta i samfunnslivet – med de samme behov for familie, venner, hjem, utdanning, arbeid og til deltagelse i kulturelt og politisk liv – som alle andre (Kristiansen 1996). Også personer med psykisk utviklingshemming ble omfattet av dette prinsippet, og da fokuset på arbeidets betydning i inkluderingen ble spesielt vektlagt utover 80-tallet, ble også disse personene del av Aetats tiltaksrapportar. Selv om mange av normaliseringsprinsippene har blitt realisert, både for psykisk og fysisk funksjonshemmede, viser erfaringene at det fortsatt er store utfordringer på dette feltet – eksempelvis når det gjelder deltagelse, sosial integrering og lønnsarbeid (NOU 2001:22).

Funksjonshemmede er en utsatt gruppe i tilknytning til arbeidslivet på flere måter. Selv om yrkesaktiviteten blant funksjonshemmede viser en økning fra 2. kvartal i fjor til 2. kvartal i år, er knapt halvparten av denne gruppen med i arbeidsstyrken, mot 78 % av befolkningen totalt (SSB 2004). De siste årene har undersøkelser om utviklingen i forhold til andelen funksjonshemmede som har kommet inn i og falt ut av arbeidslivet vist store variasjoner. I 2003 forsvant 20 000 funksjonshemmede ut av arbeidslivet, mens nye tall for 2004 viser at det har vært en økning på 36 000 i løpet av siste år. Totalt sett er yrkesaktiviteten for funksjonshemmede tilbake på samme nivå som i 2002 (ibid.). Samtidig viser Rikstrygdeverkets egne tall at andelen på uføreytelser stadig øker (Rikstrygdeverket 2004a og 2004b; St.meld. 19 (2003–04)).

For tiden er det stor politisk og offentlig interesse knyttet til IA-avtalen, som også inneholder et delmål om å få langt flere funksjonshemmede i arbeid. Denne avtalen ble inngått for en fireårsperiode fra 2001 til 2005, og nå halvveis ut i avtaleperioden, ser det ut til å være nedslående resultater på dette feltet (Econ 2003). IA-arbeidet retter sitt fokus på det som skjer på arbeidsplassen. Selv om det er viktig å forstå det som skjer i hverdagen på arbeidsplassene i privat og offentlig sektor for å forandre slike mønstre, er det ifølge evalueringresultatene liten grunn til å anta at avtalen vil få betydning for funksjonshemmede som ikke allerede er i arbeid (ibid.). Det er fra flere og ulike hold blitt etterlyst en politikk for hvordan funksjonshemmede

Hvem er funksjonshemmet?

Det finnes ulike definisjoner på hva begrepet funksjonshemmet er og innebærer. Eksempelvis kan noen definisjoner være basert på administrative kategorier, på bestemte medisinske diagnoser eller på grunnlag av individers egenrapporterte opplevelse av fysiske eller psykiske begrensninger i hverdagen. Begrepsbruken varierer ut fra formål og bruk i ulike systemer, og definisjonene er ikke alltid sammenfallende. Den definisjonen vi legger til grunn i denne teksten, tar utgangspunkt i at individer får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av misforholdet mellom nedsatt funksjonsnivå og de krav samfunnet stiller. En slik definisjon ligger også nært opp til det som vanligvis brukes i offentlige dokumenter (se f.eks. NOU 2001:21, pkt 1.4.1). Det er imidlertid også viktig å være oppmerksom på at kategorien funksjonshemmet omfatter en sammensatt gruppe, fra personer med relativt sett mindre og entydige funksjonsnedsettelse til personer med omfattende og sammensatte fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelse.

IA-avtalens delmål 2

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA) ble inngått mellom Regjeringen og partene i arbeidslivet i oktober 2001 og skal i følge avtalen være ut 2005. Fokuset i avtalen er i stor grad rettet mot reduksjon av sykefravær (delmål 1), men avtalen har også som mål å ansette flere personer med funksjonshemming og å øke gjennomsnittsalderen ved avgang. Delmål 2 er formulert som: «å få tilsatt langt flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne (yrkeshemmede, arbeidstakere på attføringstiltak, reaktiverte uføretrygdede) enn i dag». Evalueringen midtveis har imidlertid vist at reduksjonen i yrkesaktivitet er sterkere blant funksjonshemmede enn den øvrige befolkningen (St.meld. 19 2003–04, s 46).

skal komme seg inn i arbeidslivet. Politikken er tilpasset folk som har vært eller er i arbeid, og IA-avtalen ser ut til å være mer egnet til å hindre utstøting enn å inkludere nye arbeidstakere (2).

Kategoriseringen av kroppslige problemer i medisinske og psykologiske diagnoser har flere implikasjoner i ulike sammenhenger.

- 1) Diagnosen gir rett til visse velferdsytelser (eks medisinsk behandling, trygderettigheter, tilpasset arbeidsmarkedstiltak).
- 2) Diagnosen gir tilgang til en sosial rolle som bærer av visse kroppslige kvaliteter (eks ADHD-ungdom eller døv).
- 3) Diagnosen påvirker måten den enkelte ser på seg selv og hvordan andre betrakter han/henne, eksempelvis i form av identitet eller som stigmatisering.

Siden diagnoser utløser visse rettigheter, kommer de aller fleste unge funksjonshemmede ut i arbeidslivet gjennom et Aetat-tiltak. Til forskjell fra andre arbeidssøkere blir funksjonshemmede (mer eller mindre) automatisk introdusert til et apparat av offentlige hjelpeinstanser. Hensikten er selvsagt å bidra til å få vedkommende ut i jobb, men disse hjelperne har selv også forestillinger og fortolkninger om hva som er en passende jobb.

Hvorfor er bestrebelsene med å integrere funksjonshemmede i arbeidsmarkedet så vanskelige? Hvilke sosiale mekanismer er det som gjør at personer med funksjonshemming ikke kommer inn i ordinære arbeidsforhold? I denne artikkelen vil vi se spesielt på hvordan arbeids(re)habilitering på den ene siden ser ut til å redusere barrierer inn i yrkeslivet for funksjonshemmede, men på den andre side også skaper nye. Hvordan fremstår funksjonshemming som objekt for fortolkninger og forventninger i møte med det offentlige hjelpeapparatet og arbeidsgiver? Og: Hvilke konsekvenser får dette for yrkeskarrierene? Vi har valgt å diskutere dette med utgangspunkt i to historier, hvor den første omhandler Rita og hennes streben etter å etablere en vanlig yrkeskarriere og den andre beskriver Saras marginale posisjon på en arbeidsplass.

Streben etter en vanlig yrkeskarriere

Rita er 27 år og bor i en middels stor bykommune. På grunn av en bevegelseshemming bruker hun krykker. På fritiden bruker hun mye tid på trening for å holde de fysiske plagene i sjakk. Da vi første gang møtte Rita, jobbet hun på sentralbordet på kommunehuset. Hun beskriver møtet med det offentlige hjelpeapparatet som mest opptatt av hva hun ikke kunne:

– Begrensninger, begrensninger! Jeg er så lei av det ordet! Det virker som om kroppslige begrensninger er det eneste de er opptatt av.

(2) Bruken av begrepet funksjonshemmet er riktignok ikke helt overensstemmende i AKU-undersøkelsen og IA-avtalen. AKUs definisjon er basert på egenrapportert funksjonshemming, mens bruken av det samme begrepet i IA-sammenheng er diagnosebasert. Dette endrer imidlertid ikke hovedpoenget i resonnetet.

Etter formgivingsfag på videregående skole så Rita for seg en karriere innen arkitektur. Men saksbehandler på arbeidskontoret var skeptisk, fordi Rita – etter hennes vurdering – ikke fylte kravene til fysisk bevegelse som følger med et slikt yrke. Saksbehandleren ga inntrykk av å vite hvilke typer jobber Ritas kropp ville fungere i, og mente en kontorjobb ville være det beste. Rita beskriver denne perioden som svært frustrerende. Forholdet til saksbehandler var en kamp der hun måtte legge planer i henhold til hva saksbehandler mente hun var i stand til. Til slutt følte Rita at hun ble overtalt til å studere reiseliv, men etter ett års studier ble hun fortsatt stående uten jobb. Etter hvert fikk Rita et engasjement ved sentralbordet i kommunen, i en ordning med arbeidspraksis gjennom Aetat. Det meste av dagen tilbringes i kontorstolen, og selv om det er bra å slippe å løpe rundt, øker smertene i kroppen som følge av den fysiske passiviteten jobben medfører.

I løpet av de seks årene hun har jobbet på sentralbordet, har lønnen blitt finansiert gjennom ulike arbeidsmarkedstiltak. Selv om hun har vært engasjert så lenge som seks år, har hun ikke fått tilbud om fast jobb eller vanlig lønn. Administrativ leder forteller at Rita er den som har lengst erfaring og høyest kompetanse av de som jobber ved sentralbordet, og hun må gjerne fortsette ved sentralbordet så lenge Aetat betaler lønnen hennes. Sett fra lederens synspunkt er dette hovedsakelig et økonomisk problem. Rita forsøker å skaffe en fast jobb og er frustrert over situasjonen. For henne handler dette om lik lønn, ikke bare på grunn av økonomi, men også fordi lønnen innebærer en sosial anerkjennelse.

For ett år siden endret Ritas situasjon seg, og forholdet til Aetat er ikke på langt nær så prekært lenger. Rita fikk en ny saksbehandler med et helt annet fokus enn den forrige – en saksbehandler som ifølge Rita var langt mer opptatt av hennes ønsker og behov. Et ledd i dette var å skaffe seg bedre språkkunnskaper som del av den reiselivs-utdanningen hun allerede hadde påbegynt. Den

forrige saksbehandleren hadde ment dette var unødvendig, men sammen med nåværende saksbehandler satte de opp en handlingsplan som inkluderte å studere engelsk og fransk parallelt med arbeidet på sentralbordet. Nylig hadde hun fått tilbud om jobb på et turistkontor, og det var opprettet en stilling nettopp med utgangspunkt i hennes kompetanse. Rita kunne fortelle at dette var først gang hun har opplevd å bli verdsatt ut fra kompetanse og erfaringer.

Denne historien viser hvordan kropp blir tematisert og utsatt for en spesiell type oppmerksomhet. Ritas «rehabiliteringskarriere» innebærer å bli formet gjennom saksbehandlerens forståelse av Ritas kroppslige begrensninger. Ikke bare ble kroppen et tematisk fokus, den ble dominerende for synet på hele hennes framtidige arbeidskarriere. Den funksjonshemmede kroppen bryter på denne måten med normer og etablerte forestillinger om hva som er det vanlige i arbeidslivet. I møtet med hjelpeapparatet blir kropp tematisert i termer av å definere og klassifisere et problem, eksempelvis gjennom diagnostisering (se også Hyden et al. 2003). Et viktig element i slike prosesser er hvem som «eier» problemet og har rett til å definere det. I Ritas tilfelle gjorde den tidligere saksbehandleren Ritas bevegelseshemming til det fundamentale problemet som skygget for å se andre muligheter. I motsetning til dette, hadde ikke den nye saksbehandleren en negativ forhåndsoppfatning av Ritas bevegelseshemming, men var i stedet opptatt av hva hun var i stand til å gjøre. Ikke bare handlet dette om hva hun var i stand til rent fysisk, men også ønsker og interesser.

Rita spør seg hvordan hennes karriere ville vært hvis hun ikke hadde gått inn i Aetats tilrettelegging i utgangspunktet. Hun kan ha god grunn til det. Systemets behov for å standardisere og klassifisere brukerne inn i visse forståelsesrammer innebærer en fare for at allerede sårbare grupper kan ledes inn i nye former for marginalisering. Vi traff Rita igjen to måneder etter at hun hadde begynt i den nye jobben. Hun fortalte at hun

virkelig stortrivdes i den nye jobben, og at hun syntes livet var så givende og spennende nå. Hun beskrev jobben som krevende og utfordrende, og med høyt tempo. I sommer har Rita hatt ulike arbeidsoppgaver knyttet til kundebehandling i forbindelse med høysesongen, men fra høsten skal hun inn på et mer permanent og avgrenset arbeidsfelt. Da vi traff henne, visste hun ikke konkret hva hun kom til å jobbe med, men lederen har spurt henne hvilke områder hun selv foretrekker å jobbe innenfor. Rita har signalisert at hun gjerne kan tenke seg å forsette å jobbe med kundebehandling.

Tilrettelagt arbeid – noe annet enn «ordentlig arbeid»?

Vi skal nå gå over til å diskutere noen sider ved integrering av personer med funksjonshemming på arbeidsplassen. Sara har arbeidet i en kantine i to år. Hun arbeidet et annet sted før, men denne arbeidsplassen ble lagt ned. Hun var uten arbeid en periode, og kom inn i denne jobben med ordningen «Arbeid med bistand». Kantina Sara arbeider i, drives av et privat firma. Hvert annet år må firmaet delta i en anbuds-konkurranse om driften av kantina. Sara er 34 år og har en lettere psykisk utviklingshemming. Hun kan lese, og hun betraktes som en svært stabil ansatt. Kantina serverer salater, smurte rundstykker og noen varmretter for rundt hundre personer daglig. Særlig rundt lunsjtider er det stor trafikk. Foruten Sara jobber det fire andre personer i den daglige driften av kantina, hvorav en av dem også har det administrative ansvaret for innkjøp av varer, sette opp menyer, osv.

Saras oppgaver består i å vaske, holde rent og forefallende arbeid (søppel, skittentøy, etc). Det meste av dagen står Sara ved oppvaskmaskinen som hun har hovedansvaret for å betjene. På grunn av funksjonshemmingen deltar hun ikke i alle oppgaver i kantina (eks lage mat, stå i kassa). I så måte er hun ikke like «fleksibel» som sine kolleger. Hun har litt kortere arbeidsdag enn de øvrige kollegene, men er på plass i de mest hektiske timene midt på dagen. For alle som får et innblikk i arbeidshverdagen på bedriften, er det åpenbart at de oppgavene Sara utfører er nødvendige og verdifulle. Hun fyller en helt nødvendig funksjon i hverdagen på arbeidsplassen. Samtidig er det tydelig at hun betraktes og omtales som «utenom» og «i tillegg til» den faste staben. Et annet uttrykk for dette er at hun har en lite formell kontrakt knyttet til selve ansettelsen. Selv om den daglige omgangstonen i bedriften er vennlig, forteller den måten Sara tiltales på at hun ikke fullt ut er del av fellesskapet på arbeidsplassen.

Sara gir uttrykk for at hun liker arbeidet, selv om det både er stressende og varmt. Sara pleier ofte å møte opp en halv time før arbeidstiden starter, og sitter og småsnakker med kollegene. Kollegene i kantina anerkjenner de oppgavene hun utfører som viktige. «Hvis det ikke

var for Sara, vet jeg neimen ikke hvordan vi skulle klart alt vi har å gjøre». Likevel er det tydelig for alle som ser nøyer etter at Sara er ganske ensom i arbeidet. På grunn av damp og støy er oppvaskmaskinen i et eget rom, men også i spisepausene sitter Sara mest for seg selv og snakker lite med de andre. Stemningen rundt bordet er god, slik omgangstonen på arbeidsplassen også er hyggelig og kollegial. Når Sara av og til deltar i småpratene rundt bordet, blir dette ofte møtt i en på samme tid litt nedlatende og moderlig tone, eller hennes kommentar blir ikke fulgt opp.

Samtalene rundt lunsjbordet forteller implisitt noe om Saras posisjon blant kollegene. Selv om hun har vært der i to år, betraktes Sara som en som er «utenom». Hun er ikke oppført på lista som beskriver og fordeler de ansattes oppgaver, og kan i liten grad sies å være del av det moralske fellesskapet på arbeidsplassen. Saras funksjonshemming framstår på denne måten som et symbol – og forklaring – på hvorfor hun ikke regnes inn. Måten hun har kommet inn i arbeidet på og den symbolske timelønnen blir en videre bekreftelse på en slik «tilleggsfunksjon» som framstår som en form for sjenerøsitet fra arbeidsgivers side.

Ulike fortolkninger av funksjonshemming i hverdagen

De to eksemplene kan illustrere et viktig problem som personer med funksjonshemminger står overfor i streben etter en yrkeskarriere. Vi har fått beskrevet den paradoksale rolle hjelpeapparatet kan få i tilretteleggingen, og hvordan klientsituasjonen på arbeidsplassen faktisk kan bidra til å forlenge den marginale situasjonen for disse personene. Arbeidsgivere, kolleger og profesjonelle hjelpere ser ut til på forhånd å ha ganske klare definisjoner av hvordan funksjonshemmede arbeidstakere kan «passe inn» på arbeidsplassen – fortolkninger som ofte er implisitte og vanskelige å gi direkte tilsvaret. Samtidig innebærer møtet med det profesjonelle hjelpeapparatet at funksjonshemmingen tematiseres – noen ganger på måter som gjør at kroppslige problemer framstår som det sentrale trekk ved personen og overskygger de mange muligheter som finnes.

Dette betyr likevel ikke at det må være slik, eller at det alltid er slik. De to fortellingene illustrerer viktige funn i casestudiene, men vi har også eksempler hvor dette ikke er tilfellet. I det vi allerede har nevnt, kan den nye saksbehandleren i Ritas tilfelle illustrere dette. I slike tilfeller tematiseres ikke kroppen eller funksjonshemmingen som et problem – i alle fall ikke hovedsaklig som et problem. Riktignok har funksjonshemmingen blitt snakket om idet vedkommende ble ansatt – og diskusjoner om hva man mestrer og ikke mestrer, kommer opp fra tid til annen – men da som en praktisk utfordring. I det daglige framstår ellers funksjonshemmingen nærmest irrelevant som en

kategori for tilskrivelse av egenskaper eller problemer. Skiftet av saksbehandler ga åpning for å tenke omkring arbeidsmuligheter – og funksjonshemmingens rolle i forhold til Ritas kompetanse og evner – på en helt annen måte enn tidligere.

Nasjonal policy og lokal tillempeing

Rita og Saras historier beskriver relasjoner hvor de som er kategorisert som yrkeshemmede, kan sies å framstå som objekter. Ritas situasjon handler om å bli fratatt muligheten til å ha innflytelse over, og ta ansvar for, egen arbeidslivskarriere. Dette mener hun skyldes en saksbehandler ved hennes lokale Aetatkontor og dennes holdninger til og forestillinger om de begrensninger som Ritas bevegelsehemmede kropp bærer med seg. På en måte er hun blitt et objekt, en passiv mottaker av Aetat sin representant og dennes generelle saksbehandling uten at Rita opplever å få egne interesser, behov eller ønsker ivaretatt. Selv om Rita har vært sysselsatt innenfor ulike arbeidsmarkedstiltak siden hun gikk ut av videregående, føler hun ikke at dette har vært en ordentlig arbeidslivsrelasjon. Hun har ikke hatt tilgang til de samme rettighetene som de andre ansatte, har ikke mottatt lønn på lik linje med de andre, hennes arbeidskontrakt har alltid vært av temporær karakter, hun har aldri visst hvor lenge hun var engasjert for mer enn få måneder av gangen. I beskrivelsene av Sara og hennes arbeidssituasjon framstår også hun på mange måter som et objekt. Selv om hun utfører et viktig og relevant arbeid, tilskrives hennes innsats verken ansvar eller betydning. Hennes posisjon på arbeidsplassen beskrives som en tilleggsfunksjon. Hun innehar ikke en aktiv og selvstendig posisjon på linje med sine kollegaer, verken i det praktiske arbeid eller i det sosiale samspillet på arbeidsplassen.

Rita og Saras historier tilhører nok ikke unntakene. Lars Grues studie blant unge voksne funksjonshemmede viser at til tross for variasjoner er det de negative opplevelsene i møtet med hjelpeapparatet som går igjen i fortellingene (Grue 2001). Slik sett føyer Rita og Saras fortellinger seg inn i rekken av andre funksjonshemmedes fortellinger fra sine møter og erfaringer med hjelpeapparatet og deres tilknytning til arbeidslivet. Det er betimelig å spørre seg hvorfor det blir slik. De ideologiske føringer som trekkes opp gjennom Arbeidslinja, understreker et perspektiv hvor arbeidssøkere ikke skal ses som brikker eller offer, men som aktører, som; «...frie, aktivt handlende, medansvarlige mennesker.» (Fossestøl 1999:18). Dette bygger på en aktørmodell, der den enkelte oppfordres til; «...krev din rett, gjør din plikt». Arbeidslinjas aktive tiltak retter blant annet sterkere fokus mot de yrkeshemmedes arbeidsmuligheter, kompetanse og ferdigheter mer enn begrensninger. På den måten betones den enkeltes både frihet og ansvar for egne valg.

Samtidig som arbeidslinja beskriver yrkeshemmedes rett til arbeid, og til å bli sett på som selvstendige fritt tenkende og handlende individer, er denne tenkningen basert på et sett moralske imperativer. Det er altså ikke bare edle ønsker om å gi den enkelte økt livskvalitet som ligger bak arbeidslinja, men også en bekymring for at folk skulle foretrekke, eller velge, et liv i passivitet (på trygd) i stedet for et aktivt liv (i arbeid) (Fossestøl 1999). Å stå utenfor eller være på siden er dermed tegn på at man er moralsk mindreverdige og trenger tilpasning (Eide 1998). Beskrivelsen av en relasjon hvor den ene part ses som moralsk høyverdige retter automatisk også kun fokus mot den arbeidssøkende/yrkeshemmede. Enten man vurderer arbeidet som en plikt eller en rett, så ligger ansvaret til syvende og sist hos den enkelte bruker, det er opp til henne å vise (bevise) at hun har gjort sitt ytterste enten for å få en jobb, eller for å vise seg verdige til å beholde den. I en undersøkelse om forsøk på yrkesmessig attføring som ble gjennomført på begynnelsen av 1990-tallet, viste det seg at saksbehandlere som har ansvar for attføring peker på klientens manglende motivasjon for attføringsopplegget (Ford 1993:36). Kritikken som har blitt reist mot velferdsstatens klientifisering, handler blant annet om passivering og ansvarsovertakelse, hvor hjelpe-/tiltaksapparatet griper så aktivt inn i tjenestemottakers problemområde at mottaker slutter å føle ansvar og dermed overlater sin sak i hjelpeapparatets hender: «Hjelpeapparatets omsorg for sine klienter er så overveldende at hjelpeløshet blir resultatet.» (Alm Andreassen 1999: 33).

«Mangel på motivasjon» eller «ønske om en passiv trygdetilværelse» er ikke elementer i Rita og Saras historier. Tvert i mot er det beskrivelser av to ulike unge kvinners ønske om en ordinær arbeidslivskarriere. Det virker snarere som om det i dette tilfelle er tiltaksapparatet og arbeidsgivere som mangler motivasjon og som stiller seg passive til disse kvinnenes individuelle ønsker og behov. Ideologien i arbeidslinja iverksettes av den offentlige forvaltningen og blir gjenstand for fortolkning og operasjonisering nedover i de ulike nivåene av forvaltningssystemet. Lipsky (1980) viser hvordan det er bakkebyråkratenes (saksbehandlerne på lokalt nivå) beslutninger som skaper den faktiske politikken. Fordi ideologien fortolkes og gjøres praktisk anvendelig på det lokale plan, det være seg gjennom en saksbehandler innen det lokale hjelpeapparatet eller i relasjon til en tilrettelegger på en arbeidsplass, blir det viktig å stille spørsmål ved hvilken virkelighetsforståelse denne lokale fortolkningen og praksisen bygger på. I Grues arbeid vises det til at det ligger et paradoks i måten det lokale hjelpeapparatet forholder seg til den enkelte funksjonshemmede på. Samtidig som hjelpeapparatet er ment å representere en individualisert tilnærming til funksjonshemmedes vansker, opplever ikke den enkelte hjelpetrequende at det blir tatt individuelle hensyn. Upersonlig og lite imøtekommenhet beskriver møter



med bakkebyråkratene; «Mulighetene til å nå frem med egne ønsker og behov oppleves ofte som vanskelige...» (Grue 2001: 121).

På den ene siden kan man si at bruk av skjønn og autonomi ikke bare er en konsekvens av et behov for operasjonalisering, men at moderne tjenesteyting også krever det. Som vi har sett, oppleves ikke ordninger, arbeidsmåter og organisering å være rettet mot brukernes individuelle behov (St.meld. nr. 14 2002–2003, s 83). Ofte rettes kritikk mot relasjonen mellom hjelpeapparatet og mottaker, hvor selve samhandlingen beskrives som en påkjenning for mottaker og som undergraver dennes selvtilit og yrkesidentitet, og som dermed «former personligheter uegnet for ordinært inntekstgivende arbeid» (Dahl 1985, gjengitt i Alm Anderssen 1999: 33). Fossetøl (1996) etterlyser medvirkningsbaserte relasjoner forankret i et fra «bunnen og opp» perspektiv hvor tjenesteyter og -mottaker utvikler en felles forståelse og enighet om viktige verdier og en operasjonalisering av disse.

Selv om hjelpeapparatet er byråkratiske organisasjoner, er skjønnsutøvelse et viktig aspekt ved måten det lokale apparatet forvalter arbeidsmarkedspolitikken i forhold til yrkeshemmede. De lokale saksbehandlerne betegnes både som velferdsstatens portvakter og velferdsstatens livredere (Grue 2001: 124). Det betyr at de både skal skille mellom dem som ses å ha behov for hjelp og ressurser, og dem som ikke ses som hjelpe-trengende, samtidig som de skal hjelpe og støtte mennesker som kommer opp i vanskelige situasjoner. Deres vurderinger både av hva arbeid er, hvilken betydning det har i et menneskes liv, deres forestillinger om hvilke typer jobber som passer for funksjonshemmede osv, viser seg å være avgjørende for hvordan arbeidslivskarrierer som Ritas og Saras kan komme til å se ut. Slik vi ser det blir det svært viktig å sikre seg at saksbehandlernivået har, eller får, tilført den kompetanse som er nødvendig for å få innsikt i en situasjon som er så åpen og som gir rom for mange ulike fortolkninger.

Det viktige i dette er at det også på kollektivt nivå går an å endre de tankemodeller som man handler ut fra og snakker om fenomener i. Det krever imidlertid en bevissthet og en refleksjon rundt dette i forvaltningen, hos arbeidsgivere og kolleger rundt om på arbeidsplassene. Slike endringer er dog ikke gjort over natten, og krever en innsats. Både IA-avtalen og bestrebelsene på å gjøre endringer i forvaltningen av arbeidsmarkeds- og trygdefeltet gir muligheter for å tenke om disse forholdene på nye måter, hvis det finnes tilstrekkelig politisk vilje til det. Grunnleggende sett handler det om verdimeslige valg også hos arbeidsgiver-siden – om hvem produksjonslivet skal omfatte og i hvilken grad det er ønskelig at yrkeslivet reflekterer sammensetningen i den voksne befolkningen.

Referanser

- Alm Andreassen, T. (1999) *Ansvarsfraskrivelse og ansvarsovertakelse – et klientskapende hjelpeapparat?* I K. Fossetøl (red) (1999).
- Bø, T.P. (2003) *Funksjonshemmede på arbeidsmarkedet. Rapport fra tilleggsundersøkelse til Arbeidskraftundersøkelsen (AKU) 2. kvartal 2003.* Rapport nr 2003/25. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Econ (2003) *Inkluderende arbeidslivsvirksomheter – plass til alle?* ECON-rapport nr 2003-047. Oslo: ECON Analyse.
- Eide, A.K. (1998) *Makt og avmakt i tiltakenes fortolkningsprosesser.* I S. Seierstad et.al. Evaluering av de statlig arbeidssamvirketiltakene og de kommunale aktivitetstilbudene for yrkeshemmede. AFIs rapportserie 5/98. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ford, M. (1993) *Attføring til arbeid? En oppfølgingsundersøkelse av forsøk på yrkesmessig attføring.* INAS-rapport 93:7. Oslo: Institutt for sosialforskning.
- Fossetøl, K. (red) (1999) *Mellom individ og marked. Attføringsvirksomhet i velferdsstaten.* rapportserie 6/99. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Grue, L. (2001) *Motstand og mestring. Om funksjonshemming og livsvilkår.* Oslo: NOVA rapport nr.1/01.
- Hydén, L-H., C. Nilholm og K. Karlsson (2003) *När olikhet blir problem: handikappforskning, kontext och social interaktion.* I: Sosialvetenskaplig Tidsskrift, 2001.
- Kristansen, K. (1996) *Normalisering og verdsetjing av social rolle.* In T. Hernes., K. Stiles, og G. Bollingmo (red) *Veien til en vanlig jobb. Nytt perspektiv på attføring.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services.* New York: Russell Sage Foundation.
- Markussen, G. og S. Eskeland (1992) *Arbeid.* I S. Eskeland og A. Syse (red.) *Psykisk utviklingshemmedes rettsstilling.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- NOU 2001: 22 *Fra bruker til borger; en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.* Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Paterson, K. & Hughes, B. (1999) *Disability Studies and Phenomenology: the carnal politics of everyday life.* I: *Disability and Society*, Vol. 14, No. 5, pp. 597–610.
- Rikstrygdeverket (2004a) *Folketrygden. Nøkkeltall pr. 30.06.04.* Utredningsavdelingen. Oslo: Rikstrygdeverket.
http://www.trygdeetaten.no/tall_mrrog_mrfakta/Statistikker/Nokkeltall/nokkeltall20040630.pdf
- Rikstrygdeverket (2004b) *Trygdestatistisk årbok 2004.* Utredningsavdelingen. Oslo: Rikstrygdeverket.
www.trygdeetaten.no/generelt/Pub/trygdestatistisk_aarbok_2004.pdf
- Statistisk sentralbyrå (2004) *Arbeidskraftundersøkelsen. Tilleggsundersøkelse om funksjonshemmede, 2.kvartal 2004.*
<http://www.ssb.no/emner/06/01/akutu/main.html>
- St.meld. 14 (2002–03) *Samordning av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten.*
- St.meld. 19 (2003–04) *Et velfungerende arbeidsmarked.*



IA-virksomhetene ligger foran i satsing på seniorpolitikk

INKLUDERENDE ARBEIDSLIV OGSÅ FOR SENIORENE

Høyere pensjoneringsalder er en sentralt målsetting både for regjering og partene i arbeidslivet. På tross av dette har under halvparten av store og mellomstore IA-virksomheter forpliktet seg til IA-avtalens delmål om å øke den reelle pensjoneringsalderen. Likevel utmerker IA-virksomhetene seg i positiv retning sammenlignet med andre virksomheter; de jobber oftere med seniorpolitikk, de benytter oftere tiltak for å beholde seniorer i virksomheten, og de bruker et bredere spekter av virkemidler for å oppnå dette.

60 prosent av virksomhetene i Norge med over 50 arbeidstakere har inngått avtale om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtale). Av disse har bare 44 prosent forpliktet seg til avtalens delmål om å øke den reelle pensjoneringsalderen, og enda færre har formulert konkrete målsettinger på det seniorpolitiske området. Dette er blant resultatene som kom fram i Rikstrygdeverkets spørreundersøkelse som ble gjennomført høsten 2004. Hensikten med undersøkelsen har vært:

- å få kunnskap om hvor vanlig det er å ha fokus på seniorpolitikk i mellomstore og store virksomheter,

- å få kunnskap om hvilke målsettinger virksomhetene har for det seniorpolitiske arbeidet,
- å få kunnskap om hvilke tiltak som benyttes.

Det ble sendt ut spørreskjema til alle virksomheter i Norge med minst 50 arbeidstakere. 60 prosent av disse hadde undertegnet IA-avtale. 3110 virksomheter har foreløpig besvart skjemaet. Dette gir en svarprosent i underkant av 51 prosent. I denne artikkelen vil vi presentere noen av de foreløpige resultatene fra undersøkelsen. Endelige resultater fra undersøkelsen vil bli publisert i RTVs rapportserie våren 2005 og på www.trygdeetaten.no.

Et langt lerret å bleke

IA-avtalens tredje delmål er å øke den reelle pensjoneringsalderen.

Rikstrygdeverkets undersøkelse viser at til tross for avtalens fokus på tidligpensjonering og seniorpolitikk, er det fortsatt et stykke igjen før intensjonene i avtalens tredje delmål kan sies å være oppfylt.

Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid, både for IA-virksomheter og virksomheter uten IA-avtale med å iverksette og gjennomføre en livsfase- og seniorpolitikk. Mange virksomheter mangler konkrete mål både med hensyn til å ta bedre i bruk eldre arbeidstakeres ressurser, og når det gjelder å bidra til å øke den reelle pensjoneringsalderen i Norge.

Hvorfor øke pensjoneringsalderen?

En stadig økning i folketrygdens budsjetter, kombinert med en fremtidig mangel på arbeidskraft, er motivasjonen som ligger bak delmål 3 i IA-avtalen. Formuleringen i delmålet er nokså generell, men på et mer konkret nivå vil delmålet innebære at arbeidsgivere tar bedre i bruk eldre arbeidstakeres ressurser, og legger til rette slik at folk kan stå lengre i arbeidslivet.

Gjennom IA-avtalen ønsker myndighetene og arbeidslivets parter å hindre tidlig avgang fra arbeidslivet. Enkelte av årsakene til tidligpensjonering anses å være relatert til negative forhold i arbeidssituasjonen eller arbeidsmiljøet, selv om man vet lite om arbeidsplassens relative betydning i forhold til andre mekanismer som virker inn på tidligpensjonering. Forhold utenfor arbeidslivet som oppfattes som positive og som trekker folk ut, kalles i forskningen gjerne for «pull-faktorer». Eksempler på slike faktorer kan være gode pensjons-/trygdeordninger, inntekt-/skatteordninger, eller ønsker om mer fritid. Forhold i arbeidslivet som støter folk ut, refereres gjerne til som

IA-avtalens delmål 3

IA-avtalen forutsetter et forpliktende samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for å forbedre arbeidsmiljøet. Avtalen har tre delmål, hvorav delmål 3 er å øke den reelle pensjoneringsalderen.

Delmålet henspiller først og fremst på at virksomhetene må motivere og legge til rette for at flere skal kunne stå lengre i arbeidslivet.

«push-faktorer» (Drøpping/Midsundstad, 2003). For å forhindre en utstøting fra arbeidslivet, blir naturlig nok arbeidsplassen en sentral arena for å redusere omfanget av tidligpensjonering. Gjennom samarbeid skal arbeidsgivere og arbeidstakere finne fram til tiltak som kan bidra til at medarbeidere ønsker, og kan, fortsette i arbeid framfor å velge tidligpensjonering. Man ønsker at eldre arbeidstakere skal være en del av virksomhetens fremtidsplaner, og det oppfordres til positivt å vurdere ansettelse av eldre arbeidstakere. Et viktig ledd i dette arbeidet er å utvikle en livsfaseorientert personalpolitikk som ivaretar seniorpolitiske strategier.

I FAFOs evaluering av IA-avtalen skriver Drøpping/Midsundstad (2003) at «det finnes lite forskning om IA-avtalen og bruk av ulike senior tiltak i Norge i dag. Det finnes heller ingen oversikt over tiltaksbruken, men få virksomheter synes å drive en aktiv seniorpolitikk». I samme rapport oppsummeres også følgende erfaring: «Arbeidsgiverne har hovedsakelig en positiv oppfatning av eldre arbeidstakere, men dette gjenspeiler seg likevel ikke i engasjementet for å beholde/rekruttere eldre».

Hvorfor er seniorpolitikk viktig?

Aldersforskyvningen i befolkningen vil de neste tiårene ha store konsekvenser både for arbeidsmarkedet og for folketrygdens budsjetter. Vi får en betydelig endring i alderssammensetningen i befolkningen, med flere pensjonister og færre i yrkesaktiv alder. Det har i de siste årene vært rettet stor oppmerksomhet mot den kraftige økningen i antallet pensjonister som vil komme i årene framover. Dette fordi de store etterkrigskullene nå er på vei over i pensjonistenes rekker. I dag er det også en «eldrebølge» i arbeidsmarkedet, og i 2010 vil nesten halvparten av befolkningen i yrkesaktiv alder være over 45 år (SSB, 2004). På grunn av denne aldersforskyvningen i befolkningen i yrkesaktiv alder vil grunnlaget for økt sysselsetting i større grad enn tidligere være avhengig av å beholde arbeidstakerne lenger i arbeidslivet. Den demografiske utviklingen, koblet med trenden i retning av økt tidligpensjonering, byr på utfordringer både på bedriftsnivå og på samfunnsnivå. For virksomhetene betyr denne utviklingen at de i fremtiden må konkurrere hardere for å rekruttere arbeidskraft og jobbe mer for å beholde den. For samfunnet resulterer utviklingen i økte utgifter til pensjoner, velferdsytelser og omsorgstjenester. Regnestykket er enkelt: Jo flere eldre som er i arbeid, desto flere er det som bidrar til å finansiere velferds- og pensjonsutgiftene, samtidig som det vil være færre som mottar pensjon.

Hvem er seniorenne?

De siste tiårene har det skjedd store endringer i familiemønstrene, samtidig som det er blitt vanlig med hyppige jobbskifter. Det er også

stadig flere som tar høyere utdanning, videreutdanning eller etterutdanning. Disse endringene i samfunnsstrukturen gjør at folk kan ha ulike behov eller begrensninger i forhold til arbeidsplassen i ulike livsfaser. Alder blir derfor i en slik sammenheng ikke alltid en entydig parameter å sortere mennesker ut i fra. Det finnes flere definisjoner på hvem som tilhører gruppen «seniorer». Uavhengig av alder er dette en gruppe som er i en midtfase eller en senfase i yrkeskarrieren. Senter for seniorpolitikk definerer for eksempel seniorgruppen til å omfatte alle arbeidstakere som er 45 år og eldre. Begrunnelsen for en såpass lav aldersgrense er at mye av grunnlaget for hva som skjer i senkarrierefasen legges i midtlivsfasen. Dette har gjort at målgruppen for seniorpolitiske tiltak er blitt satt gradvis ned over tid.

Minst oppmerksomhet på delmål 3

44 prosent av IA-virksomhetene i vår undersøkelse oppga at de hadde undertegnet delmål 3 i IA-avtalen om å øke den reelle pensjoneringsalderen. Til sammenligning hadde 95 prosent forpliktet seg til delmål 1 om reduksjon av sykefraværet, og 65 prosent til delmål 2 om å inkludere arbeidstakere med redusert funksjonsevne. Delmål 3 er altså det delmålet som har fått minst oppmerksomhet ute i virksomhetene. Dette bekrefter inntrykket man har fått gjennom tidligere evalueringer av IA-avtalen (ECON, 2003 og Andersen/Grambo, 2003).

IA-virksomheter har oftere fokus på seniorpolitikk

Resultatene viser at IA-virksomhetene oftere enn andre virksomheter har satt seniorpolitikk på dagsorden. 40 prosent av IA-virksomhetene hadde formulert konkrete målsettinger på det seniorpolitiske området. Til sammenligning hadde bare 10 prosent av de øvrige virksomhetene gjort det samme.

Det var også stor ulikhet mellom offentlig og privat sektor med hensyn til seniorpolitisk satsing. Mens om lag 60 prosent av statlige og fylkeskommunale virksomheter jobbet konkret med seniorpolitikk, gjaldt dette kun 15 prosent av virksomhetene i privat sektor. Kommunesektoren lå i mellom med 38 prosent av virksomhetene. Skoleverket og offentlig administrasjon var de som oftest så ut til å ha fokus på seniorpolitikk. Store arbeidsgivere med mer enn 1000 ansatte hadde også oftere en satsing på området.

Vil beholde seniorers kompetanse i virksomheten

Det var oftest virksomhetens behov for kvalifisert arbeidskraft som var drivkraften bak en seniorpolitisk satsing. Viktigst for virksomhetene var det å kunne dra fordel av seniorennes kompetanse og beholde denne kompetansen i virksomheten så lenge som mulig. Problemer med å

Forventet pensjoneringsalder i Norge

Når man ser uførepensjonering, AFP og andre tidligpensjoneringsordninger under ett, er forventet pensjoneringsalder i Norge i dag i underkant av 61 år, dvs seks år lavere enn den formelle pensjonsalderen. I følge Pensjonskommisjonen (NOU 2004: 1) viser prognoser at det i 2050 vil være 1,6 yrkesaktive per pensjonist, mot 2,6 i 2003 og 3,9 i 1967.

rekruttere arbeidskraft med riktig kompetanse var en motiverende faktor for hver femte virksomhet.

Kun 25 prosent av virksomhetene oppga at motivasjonen for å jobbe med seniorpolitikk var å sikre kontinuerlig utvikling hos seniorenene, mens 40 prosent oppga at motivasjonen bak deres seniorpolitikk var å øke livskvaliteten hos de ansatte ved å forebygge helseskader og utbrenthet.

De ulike motivasjonene som lå til grunn for virksomhetenes seniorpolitikk gjenspeiler seg i de konkrete målsettingene virksomhetene hadde formulert for sitt arbeid:

- Beholde seniorenenes kompetanse i virksomheten (77 prosent av virksomhetene),
- øke pensjoneringsalderen (66 prosent),
- ivareta behovene til virksomhetens seniorer (51 prosent).

IA-virksomheter hadde oftere enn andre virksomheter som målsetting å øke pensjoneringsalderen i tråd med formuleringen i delmål 3 i Intensjonsavtalen. Når det gjaldt de øvrige målsettingene, var det ingen særlig forskjell mellom IA-virksomheter og andre virksomheter.

Halvparten av virksomhetene rekrutterer seniorer

Bare 4 prosent av virksomhetene som jobbet med seniorpolitikk hadde som konkret målsetting aktivt å rekruttere seniorer. Det som karakteriserte de virksomhetene som aktivt ønsket å rekruttere seniorer, var at andelen ansatte over 50 år var svært lav.

Bildet ser imidlertid ikke fullt så dystert ut når man ser på hvordan virksomhetene faktisk rekrutterer medarbeidere. Halvparten av virksomhetene som hadde rekruttert nye medarbeidere siste året, oppga å ha rekruttert medarbeidere over 50 år. Mange av virksomhetene oppga å ha foretrukket disse arbeidstakerne fremfor yngre med samme kvalifikasjoner. IA-virksomhetene oppga noe oftere enn andre å ha rekruttert medarbeidere over 50 år.

Holdningsskapende arbeid gjennomføres dobbelt så ofte i IA-virksomheter

I 17 prosent av virksomhetene var det gjennomført holdningsskapende arbeid med fokus på seniorer som ressurs for virksomheten. Et slikt arbeid dreier seg om å ha fokus på bedriftskultur og å se virksomheten i et utviklingsperspektiv hvor seniorenene inngår som viktige og erfarne bidragsyttere. Alle medarbeiderne i virksomheten må få informasjon om innholdet i livsfase- og seniorpolitikken og kjenne begrunnelsene for ulike tiltak. Vår undersøkelse viste at slikt holdningsskapende arbeid gjøres dobbelt så ofte av IA-virksomheter, og tre ganger så ofte i virksomheter som har satt seniorpolitikk på dagsorden.

Få ledere får opplæring i seniorpolitikk

En viktig side ved det å få til en god livsfase- og seniorpolitikk er å ha ledere som har kompetanse og fokus på området. Kun 12 prosent av virksomhetene hadde gjennomført kompetanseutvikling knyttet til seniorpolitikk for sine ledere. Slik ledelsesopplæring hadde imidlertid forekommet dobbelt så ofte i IA-virksomheter som i andre virksomheter, og fire ganger så ofte i virksomheter som hadde formulert seniorpolitiske målsetninger for virksomheten.

Oversikt over alderssammensetning og pensjoneringsalder

Om lag halvparten av virksomhetene hadde laget en oversikt over alderssammensetningen i virksomheten og hadde kunnskap om gjennomsnittlig pensjoneringsalder blant de ansatte. Imidlertid hadde bare 40 prosent fremskrevet alderssammensetning i virksomheten. Det var for øvrig ingen stor forskjell mellom IA-virksomheter og andre når det gjaldt denne formen for organisatoriske tiltak, selv om IA-virksomhetene jevnt over lå noen prosentpoeng over de andre virksomhetene.

Vanlig med fleksible arbeidstidsordninger

53 prosent av IA-virksomhetene og 33 prosent av virksomhetene som ikke hadde inngått IA-avtale, oppga at de har arbeidstakere over 50 år som har benyttet fleksible arbeidstidsordninger (utover fleksitidsordninger) det siste året. Dette kunne for eksempel være i form av tidskontordninger, deltidsarbeid, kombinasjon arbeid/trygd. Det ser altså ut til at det er langt vanligere at IA-virksomheter tilbyr slike arbeidstidstilpasninger. Den samme forskjellen så vi også mellom virksomheter som jobbet konkret med seniorpolitikk og dem som ikke gjorde det. 6 av 10 virksomheter som hadde formulert konkrete seniorpolitiske målsettinger, hadde også medarbeidere som benyttet slike fleksible arbeidstidsløsninger, mot 4 av 10 virksomheter som ikke har satt seniorpolitikk på agendaen. Fleksible arbeidstidsordninger var forøvrig langt vanligere blant virksomheter i offentlig sektor enn i privat sektor.

16 prosent av virksomhetene oppga at de hadde medarbeidere over 50 år som hadde redusert arbeidstid med lønnskompensasjon. Dette innebærer for eksempel at man kan jobbe i 90 prosent stilling, men beholde hele lønna. Dette forekom dobbelt så ofte i IA-virksomheter som i virksomheter uten IA-avtale, hhv. 19 og 9 prosent, og nesten tre ganger så ofte dersom virksomheten oppga å jobbe med seniorpolitikk. Privat sektor hadde færrest virksomheter som benyttet dette tiltaket (8 prosent). I offentlig sektor benyttet en firedel av virksomhetene dette tiltaket, og her toppet fylkeskommunal sektor statistikken med 57 prosent av virksomhetene.

Endring av arbeidsoppgaver

En del virksomheter benytter jobbtrotasjon, omplassering og midlertidig endringer i arbeidsoppgaver for å motivere senioren i virksomheten til fortsatt kompetanse- og karriereutvikling samt videre yrkesaktivitet. Halvparten av virksomhetene i vår undersøkelse oppga å ha benyttet disse tiltakene for å utvikle kompetanse og hindre stagnasjon i karrieren. I mange virksomheter benyttet man også midlertidige eller permanente endringer i arbeidsoppgaver for å forebygge helseskader og hindre utbrenthet. IA-virksomheter benyttet langt oftere enn de øvrige virksomhetene denne typen tiltak.

Velferdsfokus og utviklingsstrategi

De fleste virksomhetene i vår undersøkelse så ut til å legge både en velferdsstenkning og en utviklingsstrategi til grunn for sin personalpolitikk. Et velferdsfokus innebærer bruk av tiltak for å forebygge helseproblemer og tilrettelegge på arbeidsplassen for de som trenger det. En utviklingsstrategi har derimot gjerne fokus på å ivareta virksomhetens behov for arbeidskraft, kompetanse, utvikling og måloppnåelse over en lengre periode, samt et fokus på den enkelte arbeidstakers kompetanse og omstillingsevne (Iversen et al, 2000). Ved å gruppere målsettinger og tiltak ved hjelp av disse kategoriene kan vi se at 69 prosent av virksomhetene hadde en personalpolitikk som ivaretok både en velferdstenkning og en utviklingsstrategi. 28 prosent av virksomhetene hadde en mer rendyrket utviklingsstrategi, mens bare 3 prosent hadde et rent velferdsfokus på sin personalpolitikk.

Viser IA-arbeidet resultater?

Bidrar det å inngå IA-avtale til at det i større grad settes fokus på seniorpolitikk? Det at 40 prosent av IA-virksomhetene mot 10 prosent av de øvrige virksomhetene hadde formulert målsettinger på det seniorpolitiske området kan tyde på det. Men er det IA-avtalen i seg selv som har bidratt til dette, eller hadde disse virksomhetene fokus på dette området allerede forut for inngåelse av IA-avtale? Tidligere undersøkelser og utredninger antyder at det siste vil være tilfellet i nokså mange virksomheter (Andersen/Grambo 2003 og Drøpping/Midtsundstad 2003). Resultatene i denne undersøkelsen bekrefter denne antakelsen. Hele 70 prosent av IA-virksomhetene som jobbet med seniorpolitikk gjorde det allerede ved inngåelse av IA-avtale. Likevel har IA-avtalen hatt en innflytelse. Dette gir seg uttrykk i at over en fjerdedel av IA-virksomhetene mente at IA-avtalen hadde ført til endringer i virksomhetens praksis knyttet til seniorpolitikk.

44 prosent av IA-virksomhetene i undersøkelsen hadde undertegnet avtalens delmål 3. Av disse var det likevel bare 6 av 10 som oppga å ha formulert konkrete målsettinger på området. Dette kan indikere at for en del

virksomheter eksisterer en forpliktelse til enkelte av delmålene kun «på papiret». Likevel: De som hadde undertegnet delmål 3 i IA-avtalen, iverksatte oftere seniorpolitiske tiltak enn de som ikke har forpliktet seg til dette delmålet.

IA-arbeidet trenger tid for å modnes

De IA-virksomhetene som tidligst tegnet avtale hadde oftest forpliktet seg til delmål 3 i Intensjonsavtalen og hadde også oftest satt seniorpolitikk på dagsorden. Disse virksomhetene var også de som i størst grad oppga at IA-avtalen hadde ført til endringer i virksomhetenes praksis knyttet til seniorpolitikk. Når det gjelder bruk av tiltak, så imidlertid ikke avtaletidspunkt ut til å ha særlig betydning.

Avslutningsvis bør det påpekes at det enda er for tidlig å se om innsats på IA-området vil bidra til høyere pensjoneringsalder. En endring i pensjoneringsadferden vil neppe vise seg før det er gått enda noen år. Likevel er det grunn til å legge merke til at IA-virksomhetene oftere har fokus på livsfase- og seniorpolitikk, at de oftere benytter tiltak overfor sine seniormedarbeidere, at de benytter flere typer tiltak, og at de velger flere fleksible løsninger for sine medarbeidere. Det blir en utfordring for det videre IA-arbeidet å få flere virksomheter til å jobbe aktivt med delmål 3, slik at man kan få snudd trenden med tidlig avgang fra yrkeslivet.

Referanser

- Andersen, Mona Stormo/ Grambo, Anne-Cathrine (2003) *IA avtalens økonomiske virkemidler*. RTV-rapport 7/2003. Oslo: Rikstrygdeverket
- Drøpping, Jon Anders/ Midtsundstad, Tove (2003) *Forskning og utredning med relevans for Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv*. FAFO-rapport 417. Oslo: FAFO
- ECON (2003) *Inkluderende arbeidslivsvirksomheter – plass til alle?* Rapport nr 47/2003. Oslo: ECON Analyse AS
- Iversen, Sissel/ Laudal, Torunn/ Lahn, Leif Chr./ Eikeland, Olav (2000) *Livsfasetilpasset personalpolitikk – Seniorperspektivet*. AFI-rapport nr 5/2000. Oslo: AFI
- Midtsundstrand, Tove (2002) *AFP pensjonisten: Sliten – eller frisk og arbeidsfør? En analyse av tidligpensjonering og bruk av AFP i privat sektor*. FAFO rapport 385. Oslo: FAFO
- NOU 2004:1 *Modernisert folketrygd. Bærekraftig pensjon for framtida*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- SSB (2004) *Statistisk årbok 2004*. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- Østby, Lars (2004) *Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli*. Samfunnsspeilet 1/2004. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå
- www.seniorpolitikk.no



1998-reformen for enslige forsørgere

FLERE FORSØRGER SEG SELV

De aller fleste enslige forsørgere ønsker å tjene egne penger, slik at de kan forsørge seg og sine. For å motivere enslige forsørgere til å komme i arbeid, strammet Stortinget for seks år siden inn reglene for overgangstønad. Vi kan i dag slå fast at reformen har slått positivt ut: Mange av brukerne er fornøyde, antall mottakere av overgangstønad er redusert med en tredel, og andelen enslige forsørgere som er i arbeid har økt.

Per 1. januar 1998 ble vilkårene for rett til stønad som enslig forsørger endret, men med en overgangsperiode fram til 1. januar 2001. Endringene bestod i at overgangstønaden ble forhøyet, mens stønadstiden ble forkortet. Hensikten var å bedre enslige forsørgeres økonomi, og få flere eneforsørgere til å bli selvforsørget ved arbeid eller utdanning.

Undersøkelser som blir omtalt i denne artikkelen viser at:

- for dem som mistet retten til overgangstønad, var det første året vanskelig økonomisk,
- den prosentvise andelen sysselsatte økte etter at de mistet retten til overgangstønad,
- en del forflyttet seg videre i trygdesystemet eller over på sosialhjelp,
- mange som forflyttet seg videre i trygdesystemet eller over på sosialhjelp var samtidig enten sysselsatt, arbeidssøkere eller under utdanning,
- de som hadde vært lenge borte fra arbeidsmarkedet og de som hadde vært helt stønadsavhengige viste at de kunne bli selvforsørget,
- på lang sikt forventes flere å bli selvforsørget.

Utvikling av regelverket – en lang vei

Viktige problemstillinger for utforming av regelverket for enslige forsørgere har vært; hvem skal ha rett til overgangsstønad, hvor mye skal en kunne arbeide før stønaden blir redusert, og hvem skal være økonomisk ansvarlig for ordningen (staten, kommunen eller det private).

Starten på utforming av regelverket kom med de Castbergske barne-lover i 1915. En av disse lovene fastslo at kommunen skulle ha et minimumsansvar for enslige mødre og barn som ikke ble forsørget av barnets far. Denne loven ble lite brukt. I 1920 ble den kommunale morstrygden innført i Oslo og var et gjennombrudd også i internasjonal sammenheng. Ordningen gjaldt mødre med mindreårige barn som var enker, ugifte, skilte eller separerte. Stønaden ble satt lavt fordi det ble forutsatt at en i tillegg skulle forsørge seg ved eget arbeid.

Lovningsarbeidet for mødre og barn hadde så en stille periode før enke- og morstrygdloven kom 1. januar 1965. Loven innebar at enker og ugifte kvinner skulle få økonomisk støtte hvis de ikke var i stand til å forsørge seg ved eget arbeid. Hensikten med loven var å få kvinner tilbake til arbeidslivet. I 1967 ble rettighetene til ugifte mødre styrket ved at «Lov om enkje- og morstrygd» ble inkorporert i folketrygdloven.

På grunn av sterk økning i skilsmisser og separasjoner kom det i 1972 en midlertidig lov om stønad til skilte og separerte forsørgere. Tidligere hadde disse vært nødt til å søke stønad etter lov om sosial omsorg dersom de ikke fikk underholdsbidrag. I 1981 ble denne midlertidige loven inkorporert i folketrygdloven. En viktig endring i 1981 var at også menn fikk stønad som enslig forsørger. Ordningen omfattet nå altså ugifte, skilte og separerte mødre og fedre med aleneomsorg for barn.

1. januar 1998 kom det omfattende endringer i stønadsordningen for enslige forsørgere. Endringene bestod i at overgangsstønaden ble forhøyet, mens stønadstiden ble forkortet. I følge tidligere regler kunne man motta overgangsstønad i inntil ti år, og fram til barnet var ti år. Etter endringene i 1998 er hovedregelen at man bare kan motta overgangsstønad i maksimum tre år, og fram til barnet er åtte år. På grunn av en overgangsperiode var det slik at de som allerede hadde overgangsstønad, fikk mulighet til å følge de gamle vilkårene for overgangsstønad fram til 1. januar 2001, mens nye enslige forsørgere fikk overgangsstønad etter de nye vilkårene.

I juli 1999 ble vilkårene for rett til stønad som enslig mor/far endret, slik at eneforsørgere som lever i et stabilt samboerskap

Hva er overgangsstønad?

Formålet med overgangsstønad er å sikre inntekt for enslige foreldre som midlertidig er ute av stand til å forsørge seg selv ved eget arbeid på grunn av omsorg for barn, eller fordi vedkommende først etter en utdanningsperiode eller omstillingstid kan få arbeid.

Overgangsstønad kan gis inntil yngste barn fyller åtte år, men ikke i mer enn tre år sammenlagt. Stønadstiden kan utvides med opptil to år fram til barnet fyller åtte år dersom den enslige moren eller faren er under nødvendig utdanning. Fra 1.1.04 kan dette utvides til tre år i visse tilfeller. Etter skilsmisse, separasjon, eller samlivsbrudd mellom ugifte foreldre, gis det overgangsstønad også etter at det yngste barnet har fylt åtte år, slik at forsørgeren kan få stønad i opptil ett år før barnet har fylt ti år. Fra 1.1.04 gis det stønad i opptil to år dersom det andre året benyttes til utdanning. Når yngste barn er over tre år, stilles det krav om yrkesrettet aktivitet.

Stønaden utgjør 1,85 ganger folketrygdens grunnbeløp. Per 1. mai 2004 utgjør stønaden 108 740 kr. Dersom man har arbeidsinntekt, blir stønaden redusert.

Ved siden av overgangsstønad kan enslige forsørgere motta utdanningsstønad og stønad til barnetilsyn.

(samboer i 12 av de siste 18 månedene) med en annen enn barnets far, mister retten til stønaden som enslig forsørger. Dette førte til en betydelig reduksjon i antall mottakere av overgangsstønad.

Undersøkelsene som omhandler overgangsstønad

Rikstrygdeverket har gjennomført en undersøkelse som ser på konsekvensene for dem som mistet retten til overgangsstønad pga. endringene i 1998. Dette er en registerbasert undersøkelse hvor data er hentet både fra Rikstrygdeverket og Statistisk sentralbyrå. I undersøkelsen ble det sett på et utvalg bestående av 13 858 enslige kvinner som mistet retten til overgangsstønad i januar 2001. Det ble også sett spesielt på 935 enslige kvinner som hadde vært lenge borte fra arbeidsmarkedet, og som også mistet overgangsstønad i 2001. Disse utgjør ca. 10 prosent av utvalget. Den siste gruppen var antatt å være sårbar, og man var redd disse skulle få problemer med å forsørge seg når de ikke lenger fikk overgangsstønad. I undersøkelsen ble det sett på om de som mistet retten til overgangsstønad, gikk over til sysselsetting, arbeidssøking, utdanning, attføring/rehabilitering, dagpenger, fødselspenger, stønad til barnetilsyn, sosialhjelp eller uførepensjon. Begge gruppene ble fulgt i årene 2000 og 2001, dvs. året før og etter at de mistet retten til overgangsstønad.

Rokkansenteret har evaluert regelendringen som kom i januar 1998. Evalueringen ble utført som et panelstudie (en gruppe personer som følges over tid). Det ble trukket et tilfeldig utvalg som hadde overgangsstønad i mars 2000, og de besvarte to spørreskjema. Det første spørreskjemaet ble sendt ut sommeren 2000, mens oppfølgingskjemaet ble sendt ut høsten/vinteren 2001/2002. Utvalget bestod av 1600 enslige forsørgere, hvor 654 svarte på det første spørreskjemaet, mens 454 svarte på oppfølgingskjemaet. Blant de som besvarte det første spørreskjemaet, var det allerede enslige forsørgere som ikke lenger oppfylte vilkårene for overgangsstønad. Ved utfylling av oppfølgingskjemaet mottok ca. 30 prosent av de 454 fremdeles overgangsstønad.

Verken Rikstrygdeverkets eller Rokkansenterets undersøkelser kunne se på langtidskonsekvenser av endringene, siden regelendringen kun hadde virket kort tid. Vi har derfor sett på en undersøkelse fra Statistisk sentralbyrå som fokuserte på 11 000 enslige forsørgere som mistet retten til overgangsstønaden i 1993, og hvordan den økonomiske situasjonen var for disse åtte år senere (i 2001). Det ble benyttet forløpsanalyse for å følge de enslige forsørgerne over tid. I denne artikkelen vil vi prøve å trekke paralleller mellom de som avsluttet overgangsstønad på begynnelsen av 1990-tallet og de som ikke lenger oppfylte vilkårene for overgangsstønad som følge av regelendringene 1. januar 1998.

Overgang til arbeid

Undersøkelsen fra Rikstrygdeverket viser at over halvparten av kvinnene som mistet retten til overgangsstønad i januar 2001 var sysselsatt, både før og etter bortfallet av stønaden. Den prosentvise andelen sysselsatte økte med 7 prosentpoeng fra året før til året etter at de mistet retten til stønaden. Økningen startet allerede året før, og det kom trolig av at disse kvinnene var forberedt på at de ville miste stønaden. Året etter at de mistet retten til stønaden, var 59 prosent sysselsatt. Ut fra en betydelig økning i inntektsnivået i denne perioden, er det rimelig å anta at flere arbeidet heltid.

For de enslige kvinnene som hadde vært lenge borte fra arbeidsmarkedet, økte den prosentvise andelen sysselsatte sterkt. Det var ca. 13 prosentpoeng økning fra året før til året etter at de mistet retten til overgangsstønad. Året etter var den prosentvise andelen sysselsatte likevel lav, bare 27 prosent. Likevel ble altså dobbelt så mange sysselsatte. Dette viser at det er mulig for enslige forsørgere å komme i jobb selv om de har vært lenge borte fra arbeidsmarkedet. Ut fra inntektsnivået i utvalget er det rimelig å anta at mange i denne gruppen også mottok andre trygdeytelser eller sosialhjelp.

Rokkansenteret fokuserer i sin undersøkelse på holdninger og erfaringer rundt endringene av ordningen av 1998. Det kommer fram at godt over halvparten av respondentene var positivt innstilt til endringene, og at mange ønsket å være selvforsørget uten trygdeytelser eller sosialhjelp. I deres utvalg hadde 70 prosent mistet retten til overgangsstønad ved utfylling av oppfølgingskjemaet. Resultatene viser at 90 prosent av disse var sysselsatt på dette tidspunktet, hvorav 50 prosent var i fulltidsarbeid og 40 prosent arbeidet deltid. Det vil si at iallfall 50 prosent nå var selvforsørget. Deltidsarbeiderne antas i tillegg enten å motta andre trygdeytelser eller sosialhjelp, eller å være under utdanning. Det kom fram at mange av de enslige forsørgerne hadde problemer med å få arbeid fordi de enten hadde manglende arbeidserfaring eller fordi det ikke fantes tilgjengelig arbeid som passet deres kompetanse. Undersøkelsen viste at det var mange som ikke hadde høy nok inntekt til å være selvforsørget. De som hadde utdanning, var de som klarte seg best etter at de mistet retten til overgangsstønaden.

Den prosentvise andelen sysselsatte var betraktelig høyere i Rokkansenterets undersøkelse enn i Rikstrygdeverkets. Det kan komme av at de to undersøkelsene er utført forskjellig. Rikstrygdeverket har utført en undersøkelse av alle som mistet retten til overgangsstønad i januar 2001, mens Rokkansenteret har utført en spørreundersøkelse på et trekt utvalg. I Rokkansenterets undersøkelse var de fleste som svarte på spørreskjemaene positivt innstilt til endringene. Dette kan indikere at det er et litt skjevt utvalg. Ved første spørreskjema var 61 prosent noe eller svært

Fram til 1998 var det stor vekst i antall enslige forsørgere med overgangsstønad. Regelendringen i 1998 førte imidlertid til nedgang i antall mottakere av overgangsstønad, men det var først i 2001 at vi virkelig så konsekvensene av endringene av vilkårene. I desember 2000 var det rundt 40 000 enslige foreldre med overgangsstønad, mens det i januar 2001 var ca. 25 000.

Rikstrygdeverkets undersøkelse definerer sysselsetting som at det eksisterer et arbeidsforhold som er registrert i AA-registeret.

positive til reformen, mens ved oppfølgingskjemaet var den samme andelen på 52 prosent.

Statistisk sentralbyrå skiller i sin undersøkelse mellom to grupper: delvis stønadsavhengige og helt stønadsavhengige. Den første gruppen bestod av 5 539 personer som hadde inntekt større enn 1/2 G (grunnbeløp), mens den siste gruppen bestod av 5 860 som enten ikke hadde inntekt eller som hadde en inntekt som var mindre eller lik 1/2 G i 1993. I 1993 utgjorde 1/2 G knapt 19 000 kroner. Resultatene viser at de helt stønadsavhengige hadde større problemer med å komme i jobb etter at de mistet retten til overgangsstønnad enn de som bare var delvis avhengige av stønaden. Det året de helt stønadsavhengige mistet retten til stønaden, var 56 prosent sysselsatt, mens tilsvarende andel for de delvis stønadsavhengige var 97 prosent. Det viste seg at den økonomiske situasjonen var vanskeligst for enslige forsørgere det første året etter de mistet retten til overgangsstønaden. Inntekten var da enten mindre eller lik det de fikk i overgangsstønnad. Ut fra inntekten antar man at mange av de delvis stønadsavhengige arbeidet deltid det første året.

Undersøkelsen viser at de helt stønadsavhengige hadde en sterk økning i den prosentvise andelen sysselsatte i løpet av de neste åtte årene etter at de mistet retten til overgangsstønaden (22 prosentpoeng). Inntekten økte til det femdobbelte i faste priser. Likevel var det langt flere som var sysselsatte blant de delvise stønadsavhengige sammenlignet med de helt stønadsavhengige åtte år senere.

Motiveres flere til å ta utdanning?

En av hensiktene med endringene i vilkårene var å stimulere til utdanning. Stønadstiden kan utvides med opptil to år fram til barnet fyller åtte år, når den enslige forsørgeren er under utdanning. I visse tilfeller kan den utvides til tre år. Når yngste barn er over tre år, stilles det krav om yrkesrettet aktivitet, og det kan være i form av utdanning.

Rikstrygdeverkets undersøkelse viser at ca. 20 prosent av kvinnene som mistet retten til overgangsstønnad i januar 2001, var under utdanning året før de mistet stønaden. Den prosentvise andelen sank imidlertid kraftig i løpet av perioden, slik at det bare var 9 prosent som var under utdanning året etter de mistet retten til overgangsstønnad. Det virker som om de fleste gjorde seg ferdig med utdanning mens de ennå mottok stønaden. Gjennomsnittsalderen i gruppen kan indikere at mange var i slutten av en utdanning.

Den prosentvise andelen under utdanning var lavere for gruppen med de enslige kvinnene som hadde vært lenge borte fra arbeidslivet, ca. 14 prosent året før de mistet retten til overgangsstønaden. Mange av disse kvinnene hadde mottatt overgangsstønnad over en lang periode og var kanskje mindre motivert for å begynne på utdanning. Denne gruppen hadde en nedgang i den prosentvise andel under utdanning, men ned-

Fra passive mottakere til aktive deltakere

gangen var ikke like stor som når vi ser på alle de som mistet retten til overgangsstønad i januar 2001. Året etter at de mistet retten til overgangsstønad, var 9 prosent under utdanning.

Rokkansenterets undersøkelse viser at mange var under utdanning før de mistet retten til overgangsstønad, nærmere 30 prosent av de som besvarte det første spørreskjemaet. Dette er en langt høyere prosentvis andel enn det Rikstrygdeverkets undersøkelse viste. Ved utsending av oppfølgingskjemaet var fortsatt 29 prosent under utdanning. En del av de som var under utdanning mottok fremdeles overgangsstønad, da det bare var 70 prosent som hadde mistet retten til stønaden ved utfylling av oppfølgingskjemaet. Det synes derfor som om de enslige forsørgerne virkelig ønsker å bedre sin kompetanse gjennom utdanning, slik at de kan bli selvforsørget.

Undersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå peker på at økt utdanning gir muligheter for økte inntekter, høyere yrkesdeltakelse og selvforsørgelse. Av de 11 000 enslige forsørgerne som mistet retten til overgangsstønad i 1993, var det 12 prosent som hadde tatt høyere utdanning i 2000. Resultatene viste at gjennomsnittlig samlet inntekt var om lag 18 000 kroner høyere for dem som hadde økt sin utdanning utover grunnskolenivå i perioden 1994–2000 enn for dem som hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning. For dem som hadde tatt utdanning utover videregående skole til universitets- eller høyskolenivå, var inntektsendringene enda større. Det viste seg at de enslige

forsørgerne som var helt stønadsavhengige fikk langt høyere inntekt ved å øke utdanningsnivået.

Overgang til andre trygdeytelser eller sosialhjelp?

Rikstrygdeverket fant store økninger i de prosentvise andelen på attføring/rehabilitering og sosialhjelp blant dem som mistet retten til overgangsstønad i 2001, og da spesielt for gruppen som hadde vært lenge borte fra arbeidslivet. Dette betyr at en del av dem som mistet retten til overgangsstønad, kun forflyttet seg videre i trygdesystemet eller over på sosialhjelp. Det var totalt 16 prosent av hele utvalget som enten mottok attføring/rehabilitering eller sosialhjelp året etter at de mistet retten til overgangsstønad. Tilsvarende andel for kvinnene som hadde vært lenge borte fra arbeidslivet, var på 51 prosent. Det viste seg at nesten halvparten av de som var under attføring/ rehabilitering eller som hadde sosialhjelp samtidig, var enten sysselsatte, arbeidssøkere eller under utdanning. Disse funnene indikerer at veldig mange av dem som mottok attføring/rehabilitering eller sosialhjelp, var «aktive» stønadsmottakere. Det kan derfor være grunn til å tro at det etter det en stund vil bli en del færre stønadsmottakere i denne gruppen.

Undersøkelsen til Rokkansenteret bekrefter at en del av dem som mistet retten til overgangsstønad, bare forflyttet seg over på andre offentlige ytelser/ stønader. I perioden mellom første og andre spørreskjema økte den prosentvise andelen arbeidsledige fra 3 til 5 prosent, mens bruk av

		Syssetning	Utdanning	Arbeidssøkere	Attføring	Sosialhjelp
Gruppen som mistet retten til overgangsstønad i januar 2001	jan. 2000	51,9 %	19,6 %	22,2 %	2,8 %	4,2 %
	des. 2000	54,8 %	14,4 %	23,7 %	4,5 %	4,8 %
	jan. 2001	60,6 %	13,3 %	22,5 %	5,7 %	10,4 %
	des. 2001	59,3 %	9,2 %	16,0 %	7,4%	8,9 %
Gruppen med dem som hadde vært lenge borte fra arbeidsmarkedet	jan. 2000	13,5 %	13,8 %	39,5 %	14,9 %	11,2 %
	des. 2000	14,8 %	12,2 %	37,4 %	20,2 %	14,7 %
	jan. 2001	21,0 %	10,9 %	36,7 %	24,4 %	25,5 %
	des. 2001	27,1 %	8,9 %	27,3 %	23,7%	27,2 %

andre trygdeordninger økte fra 3 til 8 prosent. I dette utvalget var det ikke så mange som var avhengige av sosialhjelp over lengre tid, men 1/3 av utvalget hadde vært i kontakt med sosialkontoret i løpet av perioden mellom det første og det andre spørreskjemaet.

I Rokkansenterets undersøkelse økte den prosentvise andelen som mottok sosialhjelp fra 2 til 3 prosent i løpet av perioden. Det er langt mindre enn den 5 prosent økningen Rikstrygdeverket fant for utvalget som mistet retten til overgangsstønad i januar 2001. Det kan muligens forklares ved at Rokkansenterets utvalg kan være skjevt, da det var såpass mange som var så positive til endringene av vilkårene.

Statistisk sentralbyrås undersøkelse så også på hvordan den økonomiske situasjonen var for enslige forsørgere som ikke forsørget seg ved arbeid, etter at de mistet retten til overgangsstønad. I gjennomsnitt var det 15 prosent som ikke hadde inntekt åtte år etter at de mistet retten til overgangsstønad. En tredel av disse var uførepensjonister. Enslige forsørgere som verken hadde inntekt eller trygd i 2001, var på 7 prosent, og en tredel av disse mottok sosialhjelp. Det skjedde en halvering i andelen som mottok sosialhjelp fra de mistet retten til overgangsstønaden i 1993 til 2001. Dette støtter opp om Rikstrygdeverkets antagelser om at på lang sikt vil færre av de enslige forsørgerne være avhengige av andre trygdeytelser eller sosialhjelp.

Hindringer underveis

Overgangen fra å motta overgangsstønad til å bli selvforsørget kan være vanskelig. Vi vil prøve å komme med noen momenter som kan være med på å gjøre det vanskelig for enslige forsørgere å klare dette.

Kravet til aktivitet for å få overgangsstønad når yngste barn har fylt tre år, kan blant annet oppfylles ved å stå tilmeldt hos Aetat som reell arbeidssøker. Rikstrygdeverkets undersøkelse

viser at mange var arbeidssøkere før de mistet retten til overgangsstønaden. Året etter at de mistet retten til stønad, var det en reduksjon i andelen arbeidssøkere. Det kan skyldes at flere ble sysselsatt eller at de ikke trengte å stå tilmeldt som arbeidssøkere siden de hadde mistet stønaden. Blant de som mistet retten til stønaden i januar 2001, var likevel 16 prosent arbeidssøkere året etter at de mistet retten til stønaden. Tilsvarende andel var 27 prosent for de som hadde vært lenge borte fra arbeidsmarkedet. Denne gruppen ser ut til å slite med å skaffe seg arbeid.

Undersøkelsen fra Rokkansenteret viser at 12 prosent var arbeidssøkere ved utfylling av oppfølgingskjemaet. Som nevnt tidligere, mottok fortsatt 30 prosent av disse overgangsstønad. Selv om arbeidsmarkedet på dette tidspunktet var bra, kan det være vanskelig for enslige forsørgere å komme i arbeid, spesielt dersom det er lenge siden de har vært i arbeid.

I Rokkansenterets undersøkelse pekte de enslige forsørgerne på forhold som de oppfattet som hindringer for selvforsørgelse ved arbeid eller utdanning. Det er viktig å poengtere at dette var den enkeltes opplevelser. Det viser seg at det er flere som antar at de ikke vil bli ferdig med utdannelsen mens de fortsatt mottar overgangsstønad. Av alle som var under utdanning, var det bare 28 prosent som antok at de ville bli ferdig mens de ennå mottok overgangsstønad. Det kommer fram at jo høyere utdanning de tok desto høyere prosentvis andel antok at de ikke ville bli ferdige med utdanningen. På tross av dette fullførte de fleste utdanningen.

I undersøkelsen kommer det også fram at mange opplevde at nødvendighetskravet for å kunne ta utdanning, slik at stønadsperioden utvides med to år, er for strengt. Nødvendighetskravet hindrer mange av de med svak eller kortvarig yrkesfaglig utdanning i å øke sin kompetanse, slik at de får mulighet til å få jobb eller høyere inntekt. Dette ble oppfattet som

urettferdig siden de med allmennfaglig utdanning kan ta videre utdanning. Selv om de nye vilkårene oppfordrer til å ta utdanning, er det altså samtidig ikke en mulighet for alle.

Det kommer også fram at mange syntes det var vanskelig å ha eneomsorg for barn samtidig som man arbeidet fulltid. Følgende forslag til forbedringer som kan være med på gjøre arbeidssituasjonen enklere, ble gitt av eneforsørgerne: fleksibel arbeidstid, større mulighet til å være hjemme med syke barn, barnetilsynsordninger med mer fleksibel åpningstid, nedsatt arbeidstid og mulighet for å få hjelp med barnepass.

Endringene har ført fram

I følge Rökkansenterets undersøkelse var over halvparten av de enslige forsørgerne i deres utvalg positivt innstilt til endringene i vilkårene i januar 1998. De fleste ønsket å bli selvforsørget, og nettopp det var hensikten med endringene. Dette er et godt utgangspunkt for å oppnå det man ønsket med endringene i 1998.

Ríkstrygdeverkets og Rökkansenterets undersøkelser bekrefter at den nye ordningen på kort sikt har ført til at flere er blitt selvforsørget. Resultatene viser at det var en økning i den prosentvise andelen sysselsatte blant eneforsørgere etter at de mistet retten til overgangsstønad. De som hadde vært lenge borte fra arbeidsmarkedet, hadde en dobling av den prosentvise andel sysselsatte. Dette bekrefter at selv for de som ikke har vært i arbeid eller utdanning, er det mulig å komme i arbeid slik at de kan forsørge seg selv. På tross av dette er det likevel en ikke ubetydelig andel som forflytter seg videre i trygdesystemet eller over på sosialhjelp. Mange av disse er såkalt «aktive» stønadmottakere ved samtidig å være enten sysselsatt, under utdanning eller arbeidssøkende.

Siden det fortsatt er kort tid siden overgangsperioden med den nye ordningen gikk ut, kan vi ikke si noe om langtidseffekten av endringene i vilkårene. Resultatene fra undersøkelsen til Statistisk sentralbyrå viser imidlertid at den økonomiske situasjonen for de enslige forsørgerne var tøffest det første året etter at de mistet retten til overgangsstønad, og at det var stor økning i antall sysselsatte åtte år senere. Spesielt for dem som var helt stønadsavhengig, bedret den økonomiske situasjonen seg over tid, og da spesielt for dem som tok høyere utdanning. Samtidig viste det seg at det var en sterk nedgang i andelen som mottok sosialhjelp. På bakgrunn av dette virker det rimelig å konkludere at på lang sikt vil mange enslige forsørgerne kunne klare å bli selvforsørget.

Imidlertid vil det alltid være en gruppe enslige forsørgerne som vil være avhengig av andre trygdeytelser eller sosialhjelp. Ut fra Ríkstrygdeverkets undersøkelse kan det også synes som om enkelte har hatt krav på andre ytelser som for eksempel attføring/rehabilitering eller uføretrygd, men at en har valgt å motta overgangsstønad i stedet.

Litteratur

- Dahl, Grete (2003) *Enslige forsørgere med overgangsstønad. Økonomisk situasjon etter avsluttet stønad*
Statistisk Sentralbyrå
- Fjær og Syltevik, Svanaug og Liv Johanne (2002) *Omsorg, tid og penger for likestillingens frontløpere. Sluttrapport fra evalueringen av reformen for enslige forsørgere*
Rökkansenteret
- Rendedal, Pia Rønnevik (2004) *Overgangsstønad – Hva skjedde med de som mistet retten til overgangsstønad pga. endringer i vilkårene 1. januar 1998?*
Ríkstrygdeverket.



Offentlige poliklinikker ved sykehus

AKTIVITETS- OG KOSTNADSVEKST

Fra 2001 til 2003 observerer vi en vekst i utgiftene til alle typer poliklinisk behandling. Perioden har vært preget av en bred politisk målsetting om å redusere ventetiden ved sykehus og behandle pasienter mer effektivt. Samtidig overtok staten som eier av sykehusene i 2002. Mulige forklaringer på veksten i utbetalingene er økt volum, økte priser og endret bruk av takster over tid.

Denne artikkelen er en deskriptiv fremstilling av utviklingen i aktivitet og utbetalinger til offentlige poliklinikker, herunder poliklinisk radiologi og offentlige laboratorier i perioden 2001–2003 (1). Det er første gang det publiseres tall for dette behandlerområdet. Perioden er interessant fordi vi observerer en kraftig vekst i utgiftene (figur 1), og fordi det samtidig har kommet til en ny styringsmodell av sykehusdriften. I denne artikkelen søker vi å belyse hvordan utgiftene fordeler seg mellom de ulike poliklinikktypene somatikk, psykisk helsevern, offentlige laboratorier og offentlig radiologi. Det antas at hovedårsakene til de økte utgiftene skyldes økt aktivitet, økte priser og endret bruk av takster over tid.

(1) Det er fra denne perioden vi har pålitelige data. Datakildene vi bruker er regnskapsførte utgifter fra Infotrygd (UR) og POLK. De regnskapsførte utgiftene gjengitt i tabellene er i løpende kroner. Data fra POLK er per konsultasjonsdato.

Finansiering av sykehusdriften

Sykehusdriften i Norge finansieres gjennom ulike statlige overføringer. Finansieringen skjer i hovedsak gjennom rammebevilgning og basistilskudd til helseforetakene (70 prosent). Resten finansieres gjennom Innsatsstyrt finansiering (ISF), som er en stykkprisrefusjon for innlagte pasienter, og dagkirurgi basert på et system med inndeling i diagnoserelaterte grupper (20 prosent), og refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus, som er refusjon etter faste takster per konsultasjon eller undersøkelse (6 prosent) (2). Refusjon til poliklinisk radiologi og offentlige laboratorier hører også med til den polikliniske aktiviteten.

Trygdeetaten administrerer refusjonsordningen tilskudd til poliklinisk virksomhet. Figur 1 viser at utgiftene til offentlige poliklinikker ved sykehus har økt med 2,5 milliarder kroner over en periode på 10 år. I 2003 utbetalte trygdeetaten 4,3 milliarder kroner til norske sykehus på bakgrunn av innsendte refusjonskrav for poliklinisk behandling. Veksten i utbetalingene fra året før var samlet på nær 11 prosent (tabell 1).

Oppgjør og refusjon til poliklinikker skjer ved at sykehusene sender regninger elektronisk til trygdeetaten (faktaboks 1). Regningene blir kontrollert maskinelt i trygdeetatens kontrollprogram for offentlige poliklinikker (POLK) (faktaboks 2) før oppgjøret sendes videre til oppgjørskontoret for videre manuell kontroll. Fra 1.1.2004 utbetaler oppgjørskontoret til regionalt helseforetak. De regionale helseforetakene har frihet til å forvalte de tilskudd de får, slik at de best løser de oppgaver de er pålagt å gjennomføre via sitt «sørge-for-ansvar» (St.prp. nr. 1 (2003 – 2004, Helsedepartementet)).

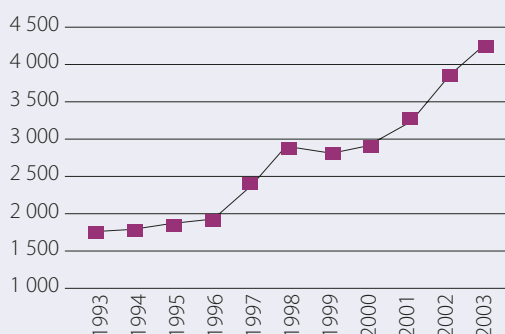
Takstsystemet for offentlige poliklinikker

Trygdeetatens ansvar for å administrere takstsystemet for offentlige poliklinikker er historisk betinget og har sammenheng med at store deler av sykehusdriften tidligere ble finansiert over folketrygdens budsjett. I 1992 ble hjemmelen for å gi stønad til poliklinisk behandling flyttet over i sykehusloven, og området falt dermed ikke lenger inn under folketrygdens budsjett. Trygdeetatens ansvar for administrasjon ble imidlertid videreført. Fra 2001 ble refusjon til offentlig poliklinikk omgjort til en overslagsbevilgning (3), og i dag er refusjonsordningen for offentlige poliklinikker hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven.

Ved innføring av innsatsstyrt finansiering (ISF) i 1997, fikk vi et aktivitetsbasert refusjonssystem for innlagte pasienter (DRG) (4). Innføringen av ISF medførte at sykehusene måtte forholde seg til to adskilte refusjonsordninger med ulik oppbygging, ulike krav til registrering og administrert av to ulike instanser.

Figur 1

Utgifter til offentlig poliklinikk ved sykehus 1993–2003. Millioner kroner.



Tabell 1

Regnskapsførte utgifter til offentlig poliklinikk ved sykehus 2001–2003. Millioner kroner *

Periode	Utgifter	Prosentendring utgifter
2001	3 350	
2002	3 889	16,1
2003	4 307	10,8

* Kilde: UR (se fotnote 1 for forklaring)

(2) Bevilgningen til sykehus i RNB 2004 er totalt på 63,4 milliarder kroner. Tilskuddsordningene ovenfor utgjør ca. 60 milliarder kroner. De resterende er andre tilskuddsordninger (St.prp. nr. 63 (2003 – 2004)).

(3) Med overslagsbevilgning menes overføringer i statsbudsjettet som ikke er budsjettstyrt, men som avhenger av registrert aktivitet på området bevilgningen regulerer. Det betyr at regelverket er førende for utbetalingene og ikke en øvre budsjetttramme (se Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker 2002:5).

(4) DRG står for diagnoserelaterte grupper og er kode- og prissystemet for innlagte pasienter.

(5) Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet har en eierskapsrolle og en «sørge-for»-rolle for befolkningens helse (jf. spesialisthelsetjenesteloven). De regionale helseforetakene får tilnærmet alle sine inntekter gjennom statlige overføringer. Departementet er tilskuddsforvalter og bestiller av helsetjenester.

Faktaboks 1

Takstsystemet til offentlige poliklinikker

Takstsystemet til offentlige poliklinikker er aktivitetsbasert, dvs. at det gis refusjon for utført medisinsk prosedyre etter fastsatte takster. Takstene er ment å dekke ca. 40 prosent av poliklinikkens kostnader for utførte medisinske prosedyrer. Poliklinikkunstakstene fastsettes av Staten ved Helsedepartementet. Takstene er delt inn i fem hovedgrupper:

- Konsultasjonstakster
- Prosedyretakster/tilleggstakster
- Laboratorietakster
- Radiologitakster
- Egenandeler og pasientbetaling

Faktaboks 2

POLK

Trykdeetaten har utviklet et program for kontroll av refusjonskrav fra offentlige poliklinikker. Programmet heter **POLK (poliklinisk kontrollprogram)**. Formålet med POLK er å sikre at utgifter til legehjelp ved offentlige poliklinikker er i samsvar med gjeldende lov, forskrift og takster. POLK ble tatt i bruk i sykehusene i 2000. I 2003 er det i alt 2253 poliklinikker fordelt på 173 sykehus som har generert oppgjør i POLK. Disse genererte totalt over 12 millioner regninger. En medisinsk prosedyre utløser en bestemt type takst, og en regning kan inneholde flere prosedyretakster. Vi anser takster som det mest dekkende målet for aktivitet.

Fra årsskiftet 2002 overtok Staten som eier av sykehusene i Norge (St.prp. nr. 1 (2002 – 2003, Helsedepartementet)). Organisatorisk ble det valgt en foretaksmodell, der landet ble delt inn i fem helseregioner etter bestiller-utfører-prinsippet (NOU 2003:1). Det vil si at Staten gjennom de regionale helseforetakene har et «sørge-for» ansvar for befolkningens helse og bestiller helsetjenester som de enkelte helseforetakene i hver helseregion skal utføre (5).

Et av hovedfokusene i reformen er bedre styring og kontroll med utgiftene til sykehusene. Vi kan si at det ligger bedriftsøkonomiske incentiver bak selve organiseringen (St.meld. nr. 24 (1996 – 97)). Det vil si at helseforetakene driver etter prinsipper fra det private markedet (management-organisering) (Christensen og Lægred 1997) med et sterkt fokus på effektivitet.

Rammebetingelsene sykehusene opererer under har altså endret seg. Det er blitt et sterkere fokus på økonomi, og de endrede rammebetingelsene kan ha ført til at sykehusene fokuserer mer på sine egne kostnader ved å utføre polikliniske konsultasjoner i forhold til hva de får igjen av inntekter for hver konsultasjon og utførte undersøkelser. Samtidig har det vært politisk enighet om å øke behandlingsskapasiteten ved sykehusene og redusere ventetiden (St.meld. nr. 44 (1995–96)). «Det er en målsetting at refusjonssystemet skal gi et så effektivt pasientbehandlingssystem som mulig ved å stimulere til bruk av poliklinisk behandling og bidra til en mest mulig effektiv utnyttelse av de samlede ressursene i helsesektoren (St.prp. nr. 1 (2004–2005:153, Helse- og omsorgsdepartementet)).

Hva er poliklinisk virksomhet?

Det er i dag ulike oppfatninger av hva poliklinisk virksomhet inkluderer. Det er derfor behov for en nærmere redegjørelse.

En økonomisk-administrativ definisjon av poliklinisk behandling er nært knyttet opp til refusjonsordningen for offentlige poliklinikker og hvilke regler som gjelder for å utløse refusjon etter denne ordningen. Så lenge en pasient er innlagt ved sykehuset, er det ikke anledning til å kreve polikliniske takster, pasientbetaling eller egenandeler fra pasienten. Dette gjelder også for behandling ved en av sykehusets egne poliklinikker eller ved en poliklinikk utenfor sykehuset mens pasienten er innlagt.

På den andre siden er kriteriene for å beskrive hva som skiller poliklinisk behandling fra annen behandling i sykehus uklare. Med det mener vi at de fleste sykehusene har både poliklinikker og avdelinger som behandler heldøgns pasienter poliklinisk. Grensene mot dagbehandling i sykehus er glidende, og tjenesteområdet polikliniske tjenester utvides stadig.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt klare regler for registre-

ring av pasienter. Polikliniske konsultasjoner og kortvarig observasjon skal registreres som poliklinisk virksomhet i POLK-systemet. Dersom pasienten blir innlagt ved sykehuset samme dag som den polikliniske konsultasjonen har funnet sted, vil det gi grunnlag for DRG-refusjon gjennom ISF, og poliklinisk takst kan derfor ikke kreves.

Poliklinisk virksomhet defineres her som utredning og/ eller behandling som skjer uten at pasienten legges inn på sykehus, og omfatter undersøkelser og behandling som dekkes etter takster for offentlige poliklinikker. Poliklinisk radiologi og laboratorievirksomhet faller inn under dette.

Somatisk pasientbehandling

Somatiske poliklinikker tar i mot og behandler pasienter med kroppslige sykdommer, f.eks. innen indremedisin, kirurgi, onkologi, nevrologi og anesthesiologi. Dette til forskjell fra poliklinikker som behandler pasienter psykiatrisk.

Somatisk pasientbehandling på poliklinikk utgjør den største utgiftsandelen til offentlig poliklinikk (nær 50 prosent). I perioden 2001–2003 var fordelingen av utgiftene mellom de ulike poliklinikktypene relativt konstant, men somatikk utgjør en noe mindre andel i 2003 enn i 2002. Fra 2001 til 2003 økte somatikkutbetalingene med 13,6 prosent (tabell 2). Økningen i prosent er større i 2003 enn i 2002.

I NOU (2003:1) diskuteres forholdet mellom somatisk pasientbehandling på poliklinikk kontra innleggelse. Med bakgrunn i dagens pris- og grupperingsregler for de to finansieringssystemene hevdes det i denne utredningen at for sykehusene vil det ikke være rasjonelt å velge poliklinisk behandling med refusjon fra folketrygden, fordi det gir bedre økonomisk uttelling gjennom ISF-systemet å legge pasienten inn på sykehuset. Ut fra dette resonnementet skulle man anta at veksten i utgiftene til somatisk pasientbehandling på poliklinikk vil være lavere enn for ISF-ordningen (6). Aktivitetsdata for begge ordningene viser økt volum.

Tabell 2 viser økte utgifter og økt aktivitet for somatisk poliklinikk fra 2001 til 2003. Det er flere og sammensatte grunner til dette. Prisendring og nye takster er én årsak. I 2002 ble takstene justert med 3,6 prosent, og ved årsskiftet 2003 ble takstene først justert opp med 3,9 prosent for deretter å bli satt ytterligere ned med 3 prosent i 2. halvår, slik at inntektgrunnlaget for poliklinikkene har endret seg. Innføring av nye takster ser imidlertid ut til å ha liten effekt på de økte utbetalingene.

Oppsummert antar vi at prisøkning er en av flere forklaringsvariable, andre faktorer er endret takstbruk eller aktivitetsøkning. Aktivitet målt ved bruk av antall takster fra 2002 til 2003 viser en økning på vel 10 prosent, og vi antar derfor at aktivitetsøkning ved de somatiske

Tabell 2

Antall takster og regnskapsførte utgifter til somatikk 2001–2003. Millioner kroner.

Periode	Antall takster*	Regnskapsførte utgifter	Prosentendring antall	Prosentendring utgifter
2001	4 485 684	1 788		
2002	4 712 791	1 809	5,1	1,2
2003	5 211 389	2032	10,6	12,4

* Inkl. førstegangskonsultasjon og repetisjoner. Kilde: POLK.

(6) Opplysninger fra SAMDATA 2002 (SAMDATA Sykehus 2002) og Norsk pasientregister 2003 (www.npr.no/somatikk) viser at totalt antall opphold for pasienter under ISF-ordningen økte med 4,9 prosent fra 2001 til 2002 og med 9,4 prosent fra 2002 til 2003. Splitter man opp veksten i 2003, er det en kraftig vekst for dagopp- hold for innlagte pasienter (22 prosent), og dag- behandling poliklinikk (13 prosent), mens hel- døgnet har en vekst på 5 prosent. Selv om det er vekst i antall opphold under ISF-ordningen, viser POLK-data at det ikke er en negativ vekst på poliklinikkområdet.

poliklinikkene sannsynligvis er den største bidragsyteren til økningen i utbetalinger fra 2002 til 2003.

Det er vanskelig å si noe om årsakene til aktivitetsøkningen, men det har vært en klar politisk målsetting å redusere ventetider og behandle flere pasienter (St.meld. nr. 44 (1995–96)). Et av virkemidlene var å stimulere sykehusene til mer effektiv behandling ved å øke takstene for dagkirurgi og annen dagbehandling (St.meld. nr. 24 (1996–97)). Ved å gi slike økonomiske incentiver ønsket man å utnytte den totale behandlingsskapiteten i somatiske sykehus bedre. På denne bakgrunn kan man si at økningen i aktivitet på mange måter har vært ønskelig.

Psykisk helsevern (7)

Psykiatri er læren om sinnslidelser og nevroses, og en psykiatrisk poliklinikk behandler pasienter som er syke etter slike kriterier.

Psykiatriske poliklinikker kan deles inn i to hovedgrupper:

Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) og Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og psykiatrisk ungdomsteam (BUP). Delingskriteriet er om pasienten er under atten år eller ikke. Imidlertid er denne grensen i praksis flytende, fordi pasienter av og til fortsetter et påbegynt behandlingsopplegg i barne- og ungdomspsykiatrien også etter fylte atten år. Disse institusjonene skal da kreve andre takster enn tidligere, samt at egenandel kan kreves av pasienten. Staten betaler egenandel for pasienter ved psykiatriske poliklinikker før fylte atten år.

Takstene for psykiatrisk behandling er grovdelt i to grupper: To konsultasjonstakster og en tidstakst (antall timeverk pr. ansatt i fagstilling, takst b). Tidstaksten skal dekke den tiden en ansatt ved poliklinikken bruker på direkte pasientbehandling. Prosedyretakstene gjelder enten for første undersøkelse av en nyhenvist pasient (takst a), eller for de oppfølgende konsultasjonene (takst c). Disse takstene utløses samtidig med tidstaksten.

(7) Det benyttes samme benevnelse som i St.prp. nr. 1 (2004 – 2005, Helse- og omsorgsdepartementet). Benevnelsen omfatter Voksenpsykiatri og Barne- og ungdomspsykiatri.

Tabell 3

Antall takster og regnskapsførte utgifter til voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri 2001 – 2003. Millioner kroner.

Periode	Antall takster VOP*	Antall takster BUP*	Utgifter VOP	Utgifter BUP	Prosentendring antall VOP	Prosentendring antall BUP	Prosentendring utgifter VOP	Prosentendring utgifter BUP
2001	958 789	252 478	276	221				
2002	1 085 978	301 781	365	272	13,2	19,5	32,2	23,1
2003	1 599 993	435 100	421	318	47,3	44,2	15,5	16,6

* Inkl. førstegangskonsultasjon og repetisjoner. Kilde: UR og POLK.

Tabell 3 viser en kraftig utgiftsøkning i perioden 2001 – 2003. Utgiftene til psykiatriske poliklinikker økte fra 2001 til 2003 med henholdsvis 50 prosent for VOP og 44 prosent for BUP.

Det er vanskelig å gi en fullgod forklaring på hvorfor det er slik, men vi antar følgende: Vi har sett på aktivitetsutviklingen per takst, og data viser en klar aktivitetsøkning når det gjelder behandling og kontroll av pasienter. Denne utviklingen kan sies å være i tråd med intensjonen i Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006 (St.prp. nr. 63 (1997 – 1998)).

I St.meld. nr. 3 (2002 – 2003) påpekes denne opptrappingen ved å vise til aktivitetstall der gjennomsnittlig ventetid for behandling i psykisk helsevern er blitt redusert (8). Årsaken til dette hevdes i stortingsmeldingen å være at flere har fått tilbud om behandling.

For poliklinikkene vet vi at godtgjørelsen – det vil si prisen per takst – har økt, og at prisendring derfor er med på å forklare deler av utgiftsøkningen. Bakgrunnstall viser at fra å behandle 1,1 pasienter per time i 2001 har andelen gått ned til 0,5 pasienter pr. time i 2003 for voksenpsykiatri. Tilsvarende for BUP er nedgangen fra 6,4 til 3,0 pasienter per time. Nedgangen skyldes enten mindre bruk av gruppebehandling, eller at det i dag brukes lenger tid per pasient. En annen plausibel forklaring er at de psykiatriske poliklinikkene har blitt flinkere til å innrapportere den tiden som faktisk brukes til pasientbehandling.

Laboratorieundersøkelser og prøver ved poliklinikk

Offentlige laboratorieundersøkelser (heretter kalt lab) hører inn under betegnelsen offentlig poliklinikk og omfavner et vidt spekter av prosedyrer og prøver. Områdene som offentlig lab dekker er bl.a. molekylærbiologi, taking av EEG, immunologi, medisinsk mikrobiologi, patologi (i hovedsak histologi og cytologi) og klinisk kjemi. Alle leger og tannleger, samt leger ved andre poliklinikker i samme sykehus, kan rekvirere lab-prøver. Laboratoriet som utfører prosedyren kan kreve takst og refusjon av trygdeetaten. Det kan ikke kreves refusjon for inneliggende pasienter.

Tabellen over viser økte utbetalinger i perioden 2001 – 2003. Økningen i denne perioden var på 55 prosent, eller 382 millioner kroner. I perioden har takstene hatt en generell årlig vekst, med unntak av 2. halvår 2003, da takstene ble redusert med 3 prosent. Takstdata viser en årlig vekst i antall utløste takster på om lag 10 prosent. Takstanalyser antyder en glidning mot bruk av dyrere takster for visse prosedyregrupper. Det vil si en høyere prosentvis vekst for «mer kompliserte analyseteknikker» enn for «enkle kvantitative undersøkelser». Dette indikerer at oppgjørene til trygdeetaten i 2003 inneholder regninger med høyere takster enn for 2002.

(8) For barn og unge er ventetiden gått ned fra 92 til 79 dager, og for voksne er ventetiden redusert fra 54 til 50 dager fra 2002 til 2003 (St.meld. nr. 3 (2003–2004)).

Tabell 4

Antall takster og regnskapsførte utgifter til offentlig lab 2001–2003. Millioner kroner.

Periode	Antall takster*	Utgifter	Prosentendring antall	Prosentendring utgifter
2001	26 885 724	697		
2002	28 026 447	917	4,2	31,5
2003	31 030 467	1 079	10,7	17,7

* Inkl. førstegangskonsultasjon og repetisjoner. Kilde: UR og POLK.

(9) Det vil si ulikt pasientgrunnlag: «Vi vet også at enhver klinisk situasjon er ulik alle andre, og at enhver praksis har litt forskjellig populasjon av pasienter sammenliknet med andre praksiser» (Sandberg 2000:2241).

For å få økt kontroll med veksten i utbetalingene til laboratorieundersøkelser har Helse- og omsorgsdepartementet i 2004 sendt ut på høring et forslag om omlegging av refusjonssystemet i 2005.

Regionale helseforetaks «sørge-for»-ansvar vil imidlertid gjøre at tjenestene skal være tilgjengelige for alle trengende pasienter. Hvilken effekt dette vil ha på kostnadene, er ennå uvisst.

Laboratoriedrift bedrives ikke utelukkende av offentlige sykehus. Både leger og private institutter analyserer prøver. I figur 2 sammenlignes nivået mellom disse lab-områdene, og vi ser at utgifter til offentlige lab er betydelig større enn for de private instituttene og legene.

I denne perioden har det samtidig kommet til flere private laboratorier. Dette har ført til at konkurransen har blitt skjerpet, og de offentlige sykehusene har investert i dyrere og mer avansert lab-utstyr. Bedre utstyr har igjen gjort det mulig å benytte mer avanserte analyseteknikker enn tidligere og kan forklare økt bruk av prøvetaking.

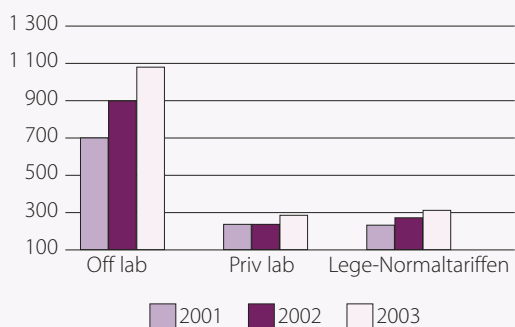
Fra medisinsk hold forklares bruk av labprøver som et supplement til å stille riktig diagnose for pasienten. Det vil si at labprøver foretas for å avdekke ventet og/eller uventet sykdom. På denne måten forstår vi legens rolle for å sette pasienten i fokus. Fordi det eksisterer variasjon i populasjonen av pasienter (9) fra legepraksis til legepraksis, er det vanskelig å sette opp kriterier for hvilke prøver som bør tas ved hvilke sykdomstilstander. Dette kan forklare økt bruk av prøver (Sandberg 2000).

I følge Ulvestad (2000) kan økningen i bruken av labprøver delvis forklares med innføring av nye tester, samtidig som smittesituasjonen i befolkningen har endret seg over tid, men hovedårsaken til veksten i prøvetaking mener han må tilskrives hyppigere bruk av etablerte tester. Ulvestad diskuterer videre årsakene til at leger tar flere prøver. Er det fordi befolkningen har fått redusert helse, dvs. økt forekomst av epidemisk sykdom, eller er det en utstrakt feilbruk av tester? Ulvestad mener at hele veksten i prøvetakingen neppe kan tilskrives disse to faktorene alene. Derfor er det framsatt hypoteser som sier at økningen kan skyldes større usikkerhet blant leger, at det er en overdreven tiltro til labresultater, at det er feilbruk av tester, at det tidligere var underforbruk av tester som nå er i ferd med å korrigeres, eller at tilbud av prøvetaking rett og slett skaper etterspørsel. Det kan også tenkes at honorering etter refusjonssystemene og økt kommersialisering er en drivende kraft til at det tas flere labprøver.

Ulvestads konklusjon om økt bruk av labtester, er at det ikke er god nok kunnskap om denne problemstillingen. Begrunnelsen er at det er manglende teoretisk klargjøring av hva feilbruk av labprøver er, at det mangler normer for korrekt bruk av prøver, og at det er lav grad av empirisk kunnskap om norske legers faktiske bruk av labprøver.

Figur 2

Utviklingen av utbetalinger til lab for de ulike refusjonsordningene trygden administrerer 2001-2003. Millioner kroner*.



*Kilde: UR og takstbrukundersøkelsen for leger (RTV)

Offentlig radiologi

Radiologi hører også inn under betegnelsen offentlig poliklinikk og er i hovedsak forskjellige bildedannende teknikker. Eksempler er ultralyd og MR (10).

For at pasienten skal kunne ta en radiologisk undersøkelse, må vedkommende være henvist fra lege, kiropraktor eller fysioterapeut. På sykehus er det også mulig å henvise internt fra en poliklinikk til en annen. Data viser i all hovedsak at dette er tilfellet for offentlig radiologi. Det er kun en mindre andel pasienter som er henvist fra private leger for radiologisk undersøkelse på sykehus. Til sammenligning viser en landsrepresentativ utvalgsundersøkelse utført av Rikstrygdeverket i april 2003 at over 80 prosent av de henviste pasientene til private røntgeninstitutter er fra allmennlege/ fastlege (St.meld. nr. 5 (2003–2004)).

Tabell 5 viser at utgiftene til offentlig radiologi i perioden 2001 – 2003 økte med 24 prosent. Årsakene til veksten er mange og sammensatte. Fra 2002 ble det innført et nytt takstsystem (NORAKO-kodesystemet). Omleggingen var i utgangspunktet ment å være budsjettneutryt, men medførte en utilsiktet utgiftsvekst på over 40 prosent (St.prp. nr. 1 (2002 – 2003, Helsedepartementet)).

I følge analyser fra SINTEF-Unimed (St.prp. nr. 1 (2002 – 2003, Helsedepartementet)) var en av årsakene til utgiftsøkningen at det ble innført nytt kodeverk. En annen årsak var at det ble satt for høy enhetspris og for høye kostnadsvekter (11) pga. svakheter i beregningsgrunnlaget. Helsedepartementet satte ned enhetsprisen fra 4. kvartal i 2002 ved nyttår 2003, og for 2. halvår 2003. Som regnskapsførte utgifter viser i tabellen over, gikk utgiftene ned med 13 prosent fra 2002 til 2003 til tross for at aktiviteten økte. Dette indikerer at prisutviklingen direkte påvirker utbetalingene.

Det er som sagt flere og sammensatte årsaker til utgiftsveksten over tid. En forklaring er at det gjøres flere radiologiske undersøkelser nå enn tidligere. En annen underliggende forklaring er at det for radiologi har skjedd en rivende teknologisk utvikling som har gjort at nye metoder har blitt tilgjengelige for nær sagt alle sykehus. Det er i denne perioden spesielt utgifter forbundet med MR-undersøkelser som øker kraftig. Dette har medført at radiologien i større grad blir brukt til å stille rett diagnose nå enn tidligere. Videre har investeringer i ny teknologi ført til økt tilgjengelighet og økt behandlingskapasitet.

En annen årsak som er påpekt, og som har kommet i søkelyset den senere tid, er at radiologisystemet i seg selv er bygget opp slik at noen teknikker i praksis blir prioritert foran andre. Det vil si at ulik kodepraksis gir ulik utgiftsfordeling. En undersøkelse gjort av revisjonsfirmaet Deloitte og Touche i 2003 viser bl.a. at den utilsiktede konsekvensen av å kode en gitt type undersøkelse ved en radiologisk poliklinikk på én måte, vil få en

(10) De ulike radiologiske teknikkene er pr i dag RG= radiografi, UL= ultralyd, CT= computertomografi, MR= magnetisk resonans. Nukleærmedisin er ikke honorert etter radiologisystemet, men har takster i somatikkdelen av systemet. Alle radiologiske undersøkelser kodes i henhold til kodeverket NORAKO (2004). Ulike koder gir ulikt refusjonsgrunnlag.

(11) Den enkelte radiologiske undersøkelse grupperes til en primærkategori. Hver primærkategori tildeles en kostnadsvekt. Kostnadsvektene er et uttrykk for den gjennomsnittlige relative ressursbruken som går med til undersøkelser i de forskjellige primærkategorier. Kostnadsvektene ganges opp med enhetsprisen for å utregne refusjon.

Tabell 5

Regnskapsførte utgifter til offentlig radiologi 2001–2003. Mill. kr.*

Periode	Regnskapsførte utgifter	Prosentendring utgifter
2001	368	
2002	526	43,0
2003	457	- 13,1

* Kilde: UR

(12) Per i dag brukes følgende modaliteter: RG = radiografi, UL = ultralyd, CT = computertomografi, og MR = magnetisk resonans, og med modalitet menes «det basale teknologiske grunnlaget for bildedannelsen» (Norsk radiologisk kode 2004). Dvs. at den beskriver den undersøkelses- eller prosedyrekode som er benyttet ved en radiologisk undersøkelse.

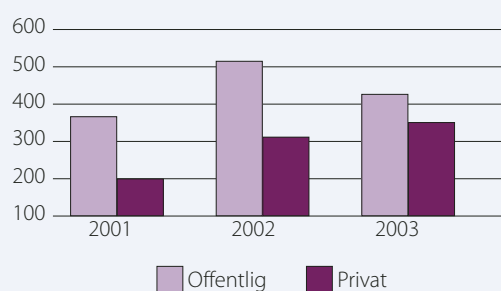
bedre økonomisk uttelling enn en tilsvarende undersøkelse med en annen koding ved en annen poliklinikk (Deloitte og Touche 2003). Dette funnet er gjeldende både for offentlig og privat radiologi.

Hva ligger bak slik kodepraksis? Er handlingene økonomisk motiverte? Et kjent problem er at radiologene ofte er uenige med det som allmennlegene har skrevet på henvisningsblanketten. Hvis røntgeninstituttene ikke er enige i den modaliteten (12) henvisende lege har valgt, kan konsekvensen være at instituttet endrer den. For at pasienter ikke skal måtte gå tilbake til henvisende lege – slik reglene tilsier – for å få en ny henvisning, har Helse- og omsorgsdepartementet god tatt at radiologiske avdelinger og institutter kan gjøre undersøkelser utover det henvisningen lyder på, så fremt det har vært kontakt mellom henvisende lege og den radiologiske avdelingen/-instituttet.

Radiologiske undersøkelser utføres også av private aktører og har ført til konkurranse om pasienter mellom privat og offentlig radiologi. Fra 2002 er det samme kodesystem for privat og offentlig radiologi, men med noe ulikt prisgrunnlag. Prisen blir ikke fastsatt av markedet, men av det offentlige. Vi ser at forholdet mellom offentlig og privat radiologi endres kraftig i perioden 2001 – 2003 (figur 3). Veksten i utbetalingene til de private instituttene har vært høyere enn for offentlig radiologi (73,2 prosent mot 24,3 prosent). Dette når vi vet at enhetsprisen har endret seg likt i prosent for begge refusjonsordningene.

Figur 3

Sammenligning av regnskapsførte utgifter til offentlig og privat radiologi 2001–2003. Millioner kroner*.



*Kilde: UR

Egenandeler ved poliklinisk behandling

Ved poliklinisk behandling kan poliklinikken kreve egenandelstakst. Det skiller mellom konsultasjon hos lege som er spesialist og lege som ikke er spesialist, samt at det er egen egenandelstakst for radiologiske undersøkelser. Så godt som alle pasienter som kommer til poliklinikk blir behandlet av spesialist (tabell 6). Egenandeler og pasientbetaling er et viktig bidrag til poliklinikkens inntekter. Vi ser av tabellen under at utløste egenandeler i sum øker med 14,6 prosent fra 2001 til 2003.

Prisen på egenandeler har økt hvert år i perioden 2001 til 2003. Dato for når takstene har endret seg, er ikke den samme for de forskjellige takstene. Ikke-spesialist-taksten var 110 kroner ved inngangen til 2001 og endret seg i 2. halvår 2002 til 114 kroner. Neste prisjustering var i 2. halvår 2003 til 117 kroner. Regner vi endring per år, finner vi en prosentvis vekst fra 2001 til 2002 på 3,6 prosent, og 2,6 prosent fra 2002 til 2003.

Spesialist-taksten var 185 kroner ved inngangen til 2001. 1. juni 2001 økte den til 193 kroner. Neste justering var i 2. halvår 2002 til 200 kroner. Fra 2. halvår 2003 kom en ny justering til 220 kroner. Regner vi endring per år for spesialist-taksten, finner vi en endring i prosent fra 2001 til 2002 på 3,6, og fra 2002 til 2003 på 10,0 prosent. Mao. ser vi at prisen på egenandeler hos spesialist økte mer en den generelle økningen til de polikliniske takstene.

Mer informasjon og bedre kontroll

Sykehusene får inntekter fra utløste egenandeler ved poliklinikken. I tabell 7 under ser vi hvor mye sykehusene får i inntekter totalt per år, hvor mye av de totale inntektene som er refusjon fra folketrygden, og hvor stor andel av trygderefusjonen som skyldes frikort (13). Vi ser at inntektene øker årlig, men at trygdeandelen øker mer i prosent enn totalinntektene. Økningen i trygdeandelen kan stort sett forklares med at andelen egenandeler som dekkes gjennom frikort-ordningen øker. Det vil si at frikort-andelen øker mer i prosent per år enn den samlede refusjonsandelen fra trygdeetaten.

Ser vi på prisutviklingen på egenandeler i forhold til utviklingen i konsumprisindeksen, er egenandelstaket i 2003 reelt sett 12 prosent lavere enn da ordningen ble innført i 1984 (St.prp. nr. 1 (2002 – 2003, Helsedepartementet)). Samtidig har egenandelen økt mer enn egenandelstaket i prosent. Det betyr at hver person må oppsøke en helse-tjeneste færre ganger i dag enn da ordningen ble innført for å nå opp til egenandelstaket.

Andelen av befolkningen som får frikort generelt har i perioden 2001 til 2003 økt med nær 20 prosent (15), og andelen av egenandeler som dekkes over frikortordningen som skyldes poliklinisk behandling, bidrar til denne økningen. Det offentlige tar derfor i større grad kostnadene for

(13) Det er opprettet en refusjonsordning for egenbetaling, der formålet med ordningen er et årlig utgiftstak (1550 kroner i 2004) for egenandeler, egenandelstak 1, som gjelder utgifter til legehjelp, psykologhjelp, viktige legemidler og sykepleieartikler og reiser i forbindelse med behandling. Når utgiftstaket er nådd, får brukeren et frikort som innebærer at folketrygden gir full dekning av disse utgiftene resten av kalenderåret (St.prp. nr. 1 (2004 – 2005, Helse- omsorgsdepartementet)).

(14) Ved poliklinisk behandling er det visse grupper som er fritatt for å betale egenandel. Folketrygden dekker da denne. Gruppene er pasienter med frikort, smittefarlig sykdom, svangerskap, vernepliktige, yrkesskadde, krigspensjonister, innsatte i fengsel/sikringsanstalt, hvis pasientens tilstand er til hinder for avkrevning av egenandel, barn under 7 år, hvis pasienten er under 18 år ved psykiatrisk behandling, og trygdesak.

(15) Antall frikortmottakere tak 1 var i 2001 794 016 mot 949 323 i 2003. Kilde: RTV.

Tabell 6

Utvikling av egenandeler målt ved antall takster på offentlig poliklinikk. 2001–2003*

Taksttype	Antall 2001	Prosentandel 2001	Antall 2002	Prosentandel 2002	Antall 2003	Prosentandel 2003
Ikke-spesialist	16 154	0,5	8 343	0,2	6 860	0,2
Spesialist**	3 474 340	99,5	3 640 752	99,8	3 980 736	99,8
Sum	3 490 494	100,0	3 649 095	100,0	3 987 596	100,0

* Kilde: POLK

**Tallene for spesialist inneholder ikke egendel ved radiologisk undersøkelse.

Tabell 7

Sykehusenes inntekter fra egenandeler sammenlignet med andelen dekket av det offentlige. 2001–2003*. Tall i millioner kroner.

År	Sykehusenes inntekter av egenandeler	Herav trygderefusjon til sykehuset**	Andelen som er trygderefusjon i prosent	Herav frikortrefusjon	Andelen som er frikort av trygderefusjon
2001	803	339	42,2	199	58,7
2002	872	389	44,6	240	61,7
2003	1 014	469	46,3	297	63,3

* 1 Kilde: POLK

** Utgiftene inkluderer refusjon forbundet med egenandeler og frikort, samt den refusjon som trygden dekker for de som er fritatt fra egenandeler (14).

dem som ofte blir henvist til poliklinisk undersøkelse og behandling. Selv om det kan medføre en økt byrde for pasientene når prisen på egenandeler stiger, vil personer med et høyt forbruk av helsetjenester komme inn under frikortordningen ved at det offentlige betaler utgifter forbundet med helsetjenester for dem som når frikorttak (frikort tak 1).

Ved besøk på poliklinikk er det som påpekt en del pasientgrupper som er fritatt fra å betale egenandel. Trygden dekker da disse utgiftene. Av tabell 7 kan vi se at trygderefusjon for disse gruppene øker fra 2002 til 2003 med 15 prosent, men at andelen går noe ned fordi frikortandelen øker. Frikortrefusjon ved poliklinikker utgjør over 60 prosent av trygderefusjonene for egenandeler i 2003.

Avslutning

Årsakene til veksten i utbetalingene til offentlige poliklinikker ved sykehus fra 2001 til 2003 er flere og sammensatte. Vi har i denne artikkelen forsøkt å peke på noen mulige forklaringer: Økt volum, økte priser og endret bruk av takster over tid, samt et ønske om å behandle pasienter mer effektivt og redusere ventetiden.

Rikstrygdeverket ser helt klart et kunnskapsbehov på poliklinikkområdet. Flere teoretiske og empiriske analyser vil kunne peke på flere årsakssammenhenger.

Som påpekt ovenfor vil det være et behov for å sette opp gode normer for korrekt bruk av takster og NORA-koder. Rikstrygdeverket ser for seg dette arbeidet i samarbeid med andre analysemiljøer. F.eks. vil en bred gjennomgang og revisjon av takstheftet kunne være nyttig. Takstanalyser viser at enkelttakster sjelden eller aldri blir benyttet. Skjer dette fordi enkelttakstene er blitt avpopularisert pga. for lav økonomisk uttelling, eller er det fordi strukturen og innholdet i takstheftet er blitt for gammel?

For å møte noen av utfordringene har Rikstrygdeverket iverksatt et nytt kontrollregime og ny statistikk. Trygdeetaten har sentralisert oppgjørslinjen, og etaten organiseres i dag i fem regionale oppgjørsenheter, samt en sentral enhet (St.prp. nr. 1 (2004 – 2005, Helse- og omsorgsdepartementet)). Samtidig er det også lagt opp til at oppgjørskontorene får bedre saksbehandlerværktøy og statistikkmuligheter til kontrollformål, bla. ved en omlegging av POLK.

Denne organisatoriske endringen av oppgjørslinjen legger mulighetene til rette for å bygge opp et bedre kontrollmiljø. Samtidig er det i Rikstrygdeverket et større fokus på å bedre datakvaliteten. Ved å sette fokus på gode data, vil vi få bedre statistikk til både kontroll- og analyseformål. Flere analyser gir økt empirisk kunnskap om de ulike problemstillinger som knytter seg til aktivitets- og kostnadsutviklingen til offentlige poliklinikker ved sykehus. På sikt vil det øke forståelsen av mekanismene i spesialisthelsetjenesten.

Referanser

Litteratur

- Christensen, T. og Lægneid, P. (1997). *Forvaltningspolitikk – mot New Public Management?* i Christensen, T. og Egeberg, M. (red.) *Forvaltningskunnskap*. Tano Aschehoug.
- Sandberg, S. (2000): *Kan laboratoriesvaret få konsekvenser for pasienten?* i *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 2000,120:2241.
- Ulvestad, E. (2000): *Økende bruk av laborietester – en kontrollerbar prosess?* i *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 2000, 120:2315–9.

Offentlige publikasjoner

- NOU (2003:1) *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*. Helsedepartementet.
- St.meld. nr. 24 (1996–1997). *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 44 (1995–1996). *Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 3 (2002–2003). *Statsrekneskapen medrekna folketrygda for 2002*. Finansdepartementet.
- St.meld. nr. 5 (2003–2004)). *Inntekstsystem for spesialisthelsetjenesten*. Helsedepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2002–2003). Helsedepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2003–2004). Helsedepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2004–2005:153). Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 63 (1997–1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006*. *Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.
- St.prp. nr. 63 (2003–2004). *Tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2004*. Finansdepartementet.

Andre kilder

- Deliotte og Touche (2003). *Gjennomgang av utbetalinger fra RTV til poliklinikker, laboratorier og røntgeninstitutter*. Rapport utarbeidet på oppdrag fra Helsedepartementet.
- Forskrifter og takster for offentlige poliklinikker 2002*. Forskrift om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.
- NORAKO. *Norsk radiologisk kode 2004*. Norsk Radiologisk Forening 1.1.2004.
- SAMDATA *Sykehus 2002. Sammenligningsdata for den somatiske spesialisthelsetjenesten 2002*. SINTEF Rapport.
www.npr.no/somatikk



Økt kontroll av bruk av blå resept

FEIL I FORSKRIVINGEN AV LEGEMIDLER

Formålet med blåreseptordningen er å dekke kostnadene til viktige medisiner for pasienter som har behov for langvarig medisiner. Mangelfulle kunnskaper og et uklart regelverk kan være en medvirkende årsak til feil forskrivning. Det er derfor gjennomført en rekke informasjonstiltak rettet mot legene.

I Norge dekkes deler av utgiftene til viktige legemidler over blåreseptordningen. Dette er et grunnleggende velferdsgode som skal sikre at alle, uavhengig av betalingssevne, får de legemidlene de har krav på i henhold til regelverket.

En omfattende refusjonsordning

Refusjonsordningen, som er omtalt i blåreseptforskriften (1), skal dekke utgifter til legemidler og medisinsk utstyr for pasienter med alvorlig og kronisk sykdom eller med høy risiko for sykdom, hvor det er nødvendig med langvarig medikamentell behandling. Det er en målsetting å sikre lik og enkel

(1) Forskrift av 18.april 1997 nr. 330 om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr

tilgang til effektive og sikre legemidler. Rikstrygdeverket (RTV) skal stimulere lege og pasient til ansvarlig og kostnadsbevisst forskrivning og bruk av legemidler.

Blåreseptforskriften omhandler stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og spesielt medisinsk utstyr. I forskriften er de sykdommene som det ytes refusjon for oppført. Dette er de mest vanlige kroniske sykdommene i Norge. Det er Helse- og omsorgsdepartementet som er ansvarlig for denne listen (sykdomslisten). Listen består av 43 sykdomspunkter (2), og inneholder for eksempel hypofyse-svikt (pkt.6), grønn stær (pkt.8) og hjerte-/karsykdommer (pkt.12).

En del legemidler er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. Legen kan da skrive legemidlet på blå resept uten søknad til trygdekontoret. For disse legemidlene inntreffer refusjonskravet straks pasienten henter legemidlet på apoteket. Det er Statens legemiddelverk (SLV) som avgjør søknader fra legemiddelindustrien om å ta inn nye legemidler på denne listen (preparatlisten), og SLV kan også ta legemidler ut av denne listen. Preparatlisten inneholder en oversikt over godkjente legemidler for hvert punkt på sykdomslisten. Legemidlene er organisert i legemiddelgrupper (for eksempel kolesterol-senkende preparater under punkt 12 Hjerte-/karsykdommer). For noen av disse legemiddelgruppene gjelder spesielle vilkår (merknader).

Blåreseptordningen fungerer slik at når legen stiller en diagnose som finnes i sykdomslisten, kan legen skrive ut et legemiddel som finnes under korresponderende punkt i preparatlisten. I tillegg til disse to kravene må pasienten ha behov for behandling i minst tre måneder til sammen i løpet av et år for å få refusjon fra folketrygden. Det er viktig å understreke at blåreseptordningen kun regulerer hvilke legemidler det ytes refusjon for. Forskriften regulerer ikke hva som er riktig medisinsk behandling. Legen kan selvsagt forskrive uavhengig av hva som står i blåreseptforskriften, men for at refusjon skal ytes, må regelverket være overholdt.

Pasienten tar med blåresepten til apoteket. Apoteket skal kontrollere at resepten er riktig utfylt. Pasienten får utlevert legemidlet og betaler kun egenandelen. Når egenandelstaket er nådd, vil legemidlet i de fleste tilfeller framstå som gratis for pasienten. Apoteket får oppgjør for legemidlene gjennom en direkte oppgjørsordning med trygdeetaten.

Folketrygdens utgifter til refusjon av legemidler på blå resept utgjorde i 2003 ca. 8,2 milliarder kroner inkludert refusjon av egenbetaling over frikortordningen.

Eksempel på sykdomspunkt med tilhørende legemiddelgrupper (a,b) og spesielle vilkår (merknader):

42 Etablert osteoporose (postmenopausal osteoporose og osteoporose med annen årsak).

- a) Bisfosfonater
- b) Selektive østrogenreseptormodulatorer

(2) Fire av punktene er opphevet, slik at det er 39 aktive punkter.

Endrede rammebetingelser

De siste årene har folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept vært økende (se Tabell 1).

Økningen i folketrygdens utgifter kan skyldes økt forskrivning og/eller økte kostnader innen de forskjellige legemiddelgruppene. Det kan være mange årsaker til disse økningene: nye, kostbare medikamenter knyttet til store pasientgrupper, økt sykkelighet, økt markedsføring fra legemiddelindustrien, endret forskrivningspraksis m.m.

Legemiddelområdet er endret betraktelig de siste årene. Mens apotekene tidligere var eiet av fagpersoner, domineres apotekmarkedet i dag av tre store kjeder som er eid av internasjonale selskaper. Det er forretningsinteresser og inntjeningen hos disse selskapene som i de fleste tilfellene vil være avgjørende for driften av apotekene.

Legemiddelindustriens forhold til legene har lenge vært debattert, og kulminerte våren 2004 i aksjonen Leger mot økt kommersialisme og korrupsjon, som rykket inn en helsides annonse i Dagbladet 8. mai. Omtrent samtidig vedtok Legemiddelindustriforeningen at deres medlemmer ikke lenger skal delta på møter og kurs i Legeforeningen. I følge Stavdal og Fosse (2004) vil vedtaket føre til økt markedsføring rettet mot den enkelte lege, og de antar at omleggingen er basert på en antakelse om at slik markedsføring er mer effektiv. Stavdal og Fosse påpeker at legene gjennom sine valg forvalter store summer på vegne av samfunnet, og at legemiddelindustrien forsøker å knytte faglige og personlige kontakter for å påvirke legenes valg og disposisjoner. Undersøkelser viser at denne typen markedsføring lykkes, selv om legene i liten grad er bevisst at deres råd og beslutninger er styrt av en slik påvirkning (Steinman et al, 2001).

Tabell 1

Folketrygdens utgifter til legemidler på blå resept

	Refusjon legemidler på blå resept (mill.kr.)	Refusjon av egenbetaling, legemidler, egenandelstak 1 (mill.kr.) *	Samlet refusjon (mill.kr.)	Endring fra foregående år (%)
1998	5 657	244	5 901	-
1999	5 674	542	6 216	5,4
2000	6 072	633	6 705	7,9
2001	6 427	699	7 126	6,3
2002	7 312	707	8 019	12,5
2003	7 275	953	8 228	2,6

Kilde: RTV, Folketrygden Nøkkeltall 2000 og 2003. Alle tall er oppgitt i faste 2003-kroner

* Beløpet er estimert med utgangspunkt i samlet frikortrefusjon for legemidler og sykepleieartikler

Det er ikke bare legene som er utsatt for de internasjonale selskaperes markedsføring av sine produkter. Deler av dagens helsejournalistikk fungerer som reklame for legemidler med ulike legespesialister som autoriteter – uten at legenes bindinger til legemiddelindustrien blir oppgitt (Carlsen, 2004).

Kartlegging og forebygging av sykdomsrisiko legger beslag på store ressurser, og ressursene som foreslås brukt på forebyggende behandling, står ikke alltid i forhold til den helsegevinsten man oppnår (Carlsen, 2004). Førde (2004) understreker at det er legens etiske ansvar å bidra til at helsevesenet utnytter ressursene sine optimalt. Undersøkelser har vist at norske fastleger er blitt mer opptatt av å tekkes pasientene og i mindre grad ser på seg selv som portvoktere for samfunnets ressurser (Carlsen og Norheim, 2003). Førde er redd for at konkurranse om pasienter kan føre til at de sterkeste og mest taleføre pasientene får tjenester som er svakt fundert faglig. Hun tar til orde for at det blir ryddet i behandlingsformer med stor, mindre og liten nytte.

Aktørene på legemiddelområdet har gradvis tilpasset seg nye forhold, og blåreseptordningen slik den praktiseres i dag er et produkt av disse endringene. Blåreseptforskriften er et uttrykk for det offentliges prioriteringer på legemiddelområdet. Det er viktig å vite om dagens praksis er i tråd med disse prioriteringene.

I St.prp.nr.65 (2002–2003) ble det under omtalen av kap. 2751 post 70 Legemidler tatt til orde for å utvikle en særskilt tilsynsmetodikk overfor legenes blåreseptforskrivning. I mai 2003 fikk RTV i oppdrag fra Helsedepartementet å utvikle metodikk for kontroll av legers etterlevelse av refusjonsvilkår.

Hvordan sørge for riktig forskrivning på blå resept?

Det er flere forhold som påvirker den enkelte leges forskrivning av legemidler på blå resept, og som vi må fokusere på i arbeidet med å sørge for riktig bruk av blåreseptordningen.

Viktig å kjenne regelverket

Når legen fyller ut en blå resept er det rimelig å anta at legen mener at forskrivningen oppfylder kravene for blå resept. Da er det viktig at legen kjenner regelverket godt. Legen må kjenne hovedkravene, og må sørge for å sjekke om eventuelle spesielle vilkår er oppfylt.

Viktig å oppleve en reell sannsynlighet for å bli kontrollert

Det kan være at legen mener pasienten bør slippe å betale full pris for legemidlet uavhengig av om forskrivningen oppfylder kriteriene eller ikke, eller at pasienten forventer å få en blå resept selv om ikke

Hovedkrav for forskrivning på blå resept:

- Behov for minst tre måneders behandling i løpet av ett år.
- Diagnosen må stå på sykdomslisten.
- Medisinen må stå på korresponderende preparatliste.

vilkårene er oppfylt. En undersøkelse (Fretheim m.fl. 2003) viste at over halvparten av legene ville benytte blå resept på en pasient som ikke tilfredstilte refusjonskravene. Dersom legen vet at det er en reell sannsynlighet for å bli kontrollert, vil han eller hun trolig i større grad bestrebe seg på å følge regelverket.

Viktig å sikre ensartet praksis overfor pasientene

Det er viktig at regelverket er entydig, slik at sammenlignbare pasienter ikke behandles ulikt på grunn av ulik tolkning av regelverket fra lege til lege. Ulik behandling kan medføre økt press på den enkelte lege med hensyn til å forskrive på blå resept. Det er SLVs oppgave å sørge for entydige vilkår knyttet til de forskjellige legemiddelgruppene.

For å bedre etterlevelsen av blåreseptforskriften er det dermed viktig å satse på kontroll, informasjon og et entydig regelverk.

Utprøving av ny kontrollmetodikk

Som følge av oppdraget fra det daværende Helsedepartementet om å utvikle metodikk for kontroll av legers etterlevelse av refusjonsvilkår, gjennomførte RTV sommeren 2003 et forprosjekt. Konklusjonen fra forprosjektet var at det er nødvendig å innhente journal fra legene for å avgjøre om blåreseptforskriften er fulgt i hvert enkelt tilfelle. Høsten 2003 utviklet RTV en ny kontrollmetodikk, og vinteren 2003/2004 ble den prøvd ut i samarbeid med tre trygdekontor.

Metoden ble prøvd ut i en kontroll der vi gikk gjennom resepter fra tre ulike geografiske områder. I gjennomgangen ble det plukket ut resepter som tilfredstilte bestemte kriterier. Kriteriene var knyttet til mistanke om feil forskrivning i henhold til blåreseptforskriften, det vil si at vi fulgte prinsippet om risikobasert kontroll. Et eksempel på et slikt kriterium er at preparatet som ble forskrevet hadde spesielle vilkår knyttet til forskrivning på blå resept, som vi mistenkte ikke ble fulgt.

For de utvalgte reseptene ble legen tilskrevet med forespørsel om å sende inn journalutskrift. Innkommet dokumentasjon ble kontrollert opp mot resept og regelverk.

Mangelfull dokumentasjon fra lege

I svært mange av sakene var den innsendte dokumentasjonen (journalutskrifter eller brev) ikke tilstrekkelig til å vurdere om forskriften var fulgt.

En god del leger sendte verken inn journal eller brev som svar. Flertallet av dem som ikke sendte journal eller brev, ga ingen begrunnelse. I noen få tilfeller begrunnet legen manglende innsending med at dette var taushetsbelagte opplysninger. I ett tilfelle nektet legen, med støtte fra pasienten, for at han hadde skrevet ut resept, selv om trygdekontoret hadde resepten.

Kun i et mindretall av sakene var det på bakgrunn av innsendte journalopplysninger mulig å avgjøre om det forelå brudd eller ikke på regelverket.

Mange brudd

Det ble konkludert med minst ett brudd på blåreseptforskriften i et flertall av de sakene der vi hadde tilstrekkelige opplysninger til å kunne trekke noen konklusjon. Vi understreker at den høye andelen brudd må ses i sammenheng med at dette ikke var et tilfeldig utvalg resepter, men resepter der RTV av ulike grunner hadde mistanke om feil forskrivning i henhold til blåreseptforskriften.

Vi kunne, som nevnt over, bare konkludere i et mindretall av de undersøkte sakene. Resultatene indikerer allikevel at vi må regne med at det forekommer en stor andel feilforskrivning i henhold til blåreseptforskriften.

Ulike typer brudd

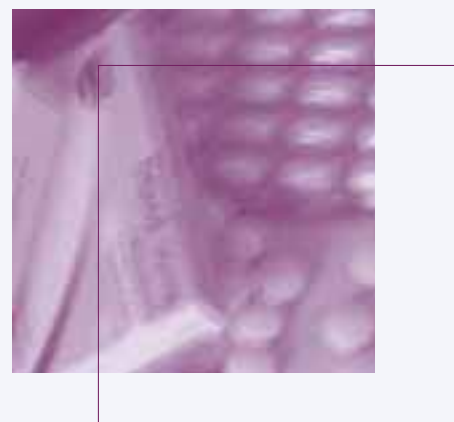
Vi fant ulike typer brudd på regelverket, og det forekom ofte flere typer brudd på regelverket i samme sak. De fleste bruddene besto i at det ble skrevet ut blå resept på et sykdomspunkt som ikke stemte overens med diagnosen i journalen. Et eksempel er at det ble skrevet ut resept på et legemiddel under punkt 35 Hofte- og kneleddsartrose. Pasienten led av osteoporose og hadde i den sammenheng smerter i hoften. Det var konstatert fra Revmatisk avdeling at det ikke dreide seg om hoftelddsartrose. Et annet eksempel er at det ble skrevet ut resept på et legemiddel under punkt 18 Psykiske lidelser av alvorlig og langvarig karakter, mens pasientens diagnose i journalen var kroniske nakke- og muskelsmerter.

En annen type brudd var at pasientens diagnose ikke var godkjent indikasjon i Felleskatalogen, det vil si at legemidlet ikke var godkjent for den diagnosen pasienten hadde. For eksempel ble det skrevet ut Rivotril under punkt 7 Epilepsi, mens pasientens diagnose var «Rastløshet i føttene». Rivotril er kun godkjent for bruk mot epilepsi.

Kravet til langvarig behandling var et annet hyppig forekommende brudd. For eksempel ble det forskrevet en fem dagers kur til en pasient med akutt bronkitt på en medisin som var godkjent som tilleggsbehandling ved astma og KOLS.

Til enkelte refusjonspunkter er det knyttet spesielle vilkår. For mange av sakene var ikke disse spesielle vilkår oppfylt. For eksempel ble et preparat som bare kan forskrives av hudspesialist eller fra hudavdeling på sykehus forskrevet av en spesialist i allmenntidmedisin.

Merk at det kun ble kontrollert om vilkårene for refusjon fra folketrygden var til stede. Det ble ikke tatt stilling til om legen kunne



ha forskrevet på hvit resept, det vil si om det var medisinsk grunnlag for forskrivning. Dette ligger utenfor RTVs forvaltningsområde.

Legene kjenner blåreseptordningen for dårlig

Resultatene fra denne kontrollen kan tyde på at mange leger tror at

- så lenge en medisin står på preparatlisten fra SLV, spiller det ingen rolle hvilket sykdomspunkt den står under,
- så lenge en diagnose står på sykdomslisten i forskriften, spiller det ingen rolle hvilken medisin man forskriver,
- så lenge en diagnose står på sykdomslisten og/eller en medisin står på preparatlisten, spiller det ingen rolle hvor lang tid pasienten har behov for behandling.

Dersom disse misforståelsene bunner i manglende kunnskaper om ordningen, er det viktig å gjennomføre informasjonstiltak rettet mot legene. Dette er allerede igangsatt og omtales senere i artikkelen.

Er regelverket for uklart?

Etter at arbeidet med informasjon og kontroll startet, har RTV fått langt flere henvendelser fra leger knyttet til tolkning av regelverket. Dette kan være et tegn på at legene i mange tilfeller er usikre på hvordan regelverket skal tolkes, og at de på grunn av økt fokus på blåreseptordningen i større grad enn tidligere ønsker å få kvalitets-sikret tolkningen sin. Dette kan også forklare en del av bruddene vi fant. Fra myndighetenes side er det et ønske å ha et så klart og entydig regelverk som mulig. Uklarheter som RTV avdekker gjennom kontroller og via tilbakemeldinger fra leger, vil bli formidlet til SLV med oppfordring om endring av regelverket.

Er legene enige i dagens regelverk?

Det kan også være at manglende etterlevelse av forskriften skyldes uenighet knyttet til innholdet i regelverket. Ut fra materialet vårt kan vi ikke si noe sikkert om dette. Enkelte besvarelser fra leger bestod kun av et kort brev, der legen innrømmet forskriftsbrudd. Dette kan tyde på at disse legene har vært klar over at de ikke har fulgt regelverket. Det er viktig å huske på at verken sykdomsliste eller preparatliste er tilfeldige. Hva som til en hver tid står på disse listene er et resultat av politiske prioriteringer i Stortinget og medisinske og helseøkonomiske vurderinger fra SLV. Legen har anledning til å komme med innspill til endringer, men må uansett forholde seg til gjeldende regelverk.

Etterlevelse av regelverket på dette området har ikke tidligere vært systematisk kontrollert. Dersom det er et stort sprik mellom

hva legene mener bør dekkes av forskriften og hva regelverket faktisk dekker, vil kontrollene våre bidra til å avdekke dette. Dette vil være et nyttig innspill til videre utvikling av regelverket.

Kontrollene fortsetter

Resultatene fra utprøvingen har gitt oss et godt grunnlag for videreutvikling av kontrollmetodikken:

- For å øke andelen saker der vi kan konkludere, har vi omformulert brevene til legene der vi ber om journalutskrift, slik at det fremkommer tydeligere hva slags dokumentasjon vi etterspør. Vi har også styrket vår oppfølging av leger som ikke besvarer henvendelsene våre.
- Vi har redusert antall utplukkskriterier og formulert mer spesifikke utplukkskriterier for hver kontroll, noe som gir oss økt kunnskap om forskrivningspraksis innenfor et mer avgrenset område for hver kontroll.

Kontroller gjennomføres nå over hele landet. Bedre kvalitet på innsendt dokumentasjon fra legene i disse kontrollene har medført at vi kan avgjøre om regelverket er overholdt i en høyere andel av sakene. Foreløpige analyser av resultatene viser høye forekomster av brudd på blåreseptforskriften.

Informasjon som virkemiddel

Ut fra våre resultater så langt, ser vi at informasjon er et viktig virkemiddel. Det er brukt ulike tiltak for å nå ut til leger, pasienter og andre aktører. I forbindelse med disse tiltakene har vi vært i dialog med Legeforeningen for å sikre at tiltakene treffer legene som målgruppe best mulig.

Noe av det første som ble gjort da prosjektet startet, var å sende brev til alle landets leger og til ulike interesseorganisasjoner, der det ble opplyst at arbeidet med ny kontrollordning var i gang. Vi opprettet kanaler for tilbakemeldinger fra publikum (pasienter, apotek, lege) både via trygdeetaten.no og telefon, og vi har forsøkt å nå legene via ulike annonser i Tidsskrift for Den norske lægeforening. Vi ønsket også å bistå legen i kommunikasjonen med pasienten om blåreseptordningen, og sendte i den forbindelse ut en plakat til alle landets legekontor og sykehus (se Figur 1).

Figur 1

Plakat som ble sendt ut til alle sykehus og legekontor



Reglene for blå resept er de samme, uansett hvilken lege du velger.

Mange tror fremdeles det er lettere å få en blå resept hvis man har en "grei" lege. Eller hvis medisinen er spesielt dyrt. Sannheten er at det finnes et klart regelverk for bruk av blå resept:

1. Sykdommen din må kreve langvarig behandling. Det betyr minst tre måneder i løpet av et år.
2. Sykdommen må stå på listen over "blåreseptsykdommer".
3. Medisinen du får må stå på listen over godkjente "blåreseptmedisiner".

Hvis disse kravene ikke innfris, har legen rett og slett ikke lov til å skrive ut blå resept. Slik er reglene. Og Rikstrygdeverket har innført kontrollordninger for å sikre at regelverket blir fulgt. Derfor: Ikke gå videre til neste lege for å få en blå resept. Hvis din sykdom er slik at du skal ha medisiner på blå resept, sørger legen din for at du får det du har krav på.



Trygdeetaten

Figur 2

Annonse i Tidsskrift for Den norske lægeforening



I forbindelse med en av annonsene (se Figur 2) gjennomførte Tidsskrift for Den norske lægeforening en annonsetest (Tidsskrift for Den norske lægeforening 2004). 250 respondenter ble kontaktet. Svarandelen lå på ca. 33 prosent. Testen viste at Trygdeetatens annonse ble husket nest best av de 22 annonsene i det undersøkte nummeret av Tidsskriftet. (Annonser som ble husket best var en legemiddelannonse som var lagt inn som løsblad i Tidsskriftet.) Når det gjaldt idé og utforming av annonsen, syntes 39 prosent at den var meget bra, mens 47 prosent syntes den var bra. Det var kun to av de 22 annonsene som kom bedre ut i undersøkelsen på dette punktet. Motivet i denne annonsen er senere blitt brukt til å lage musematter som er sendt ut til allmennlegene.

Også i forbindelse med kontrollene har vi foreløpig lagt størst vekt på informasjon. Det er sendt ut brev med oppsummering av resultatene til alle leger som ble plukket ut i den første kontrollen. På den måten ønsker vi å gi legene en anledning til å lære av hverandres feil.

Virker det?

Vi vet fra individuelle tilbakemeldinger at vi når frem med informasjonen, men vi ønsker mer systematisk kunnskap om dette. Vi vil derfor gjennomføre en spørreundersøkelse der vi undersøker både kjennskap til blåreseptordningen og til kontrollordningen. På den måten

vil vi forsøke å måle hvilke av våre tiltak som har nådd best frem til legene. Hvorvidt legene faktisk endrer atferd vil vi kunne si mer om ved å studere våre kontrollresultater over tid, legemiddelomsetningen over tid og sammenholde med andre kjente påvirkningsfaktorer.

Endring i legenes atferd forutsetter, i tillegg til bedre kunnskap om ordningen, en reell mulighet for at legen kan bli kontrollert. Dette krever at det gjennomføres både landsdekkende kontroller og kontroller over tid.

Det er politikerne som bestemmer hvilke ressurser som skal brukes på legemiddelområdet. Det er derfor viktig at vi som forvalter ordningen tilstreber at blåreseptordningen fungerer etter intensjonen. Vi skal bidra til å redusere feil bruk av blåreseptordningen blant annet gjennom kontroll. På den måten kan midler frigjøres til andre viktige utfordringer i helsevesenet.

Referanser:

Blåreseptforskriften (1997) Forskrift av 18. april 1997
nr. 330

Carlsen, T. *Selger media legemidler?*
Dagbladet, 26. juli 2004

Carlsen B, Norheim OF. *Introduction of the patient-list system in general practice.* Scand J Prim Health Care 2003; 21: 209–13.

Fretheim A, Håvelsrud K, Flottorp S, Oxman AD.
Påvirker takster og refusjonsregler praksis?
Tidsskrift for Den norske lægeforening 2003; 123:795–6

Førde R. *Profesjonsetikk og prioritering er ikke eld og vatn.*
Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:958–9

Stavdal A, Fosse A. *Vi – de ubestikkelige?*
Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:1370

Steinman MA, Schlipak MG, McPhee SJ. *Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions.*
Am J Med 2001; 110: 551–7.

Tidsskrift for Den norske lægeforening (2004) Upublisert annonsetest utført av Tidsskriftet på Tidsskriftets utgivelse nummer 8, 2004.

Enklere å bruke Trygdeetatens tjenester

SMARTE NETTLØSNINGER

Trygdeetaten tilbyr i dag stadig flere elektroniske tjenester. Dokumenter, skjemaer og brosjyrer erstattes med moderne IT- og dataløsninger. Dette kommer både brukeren og etaten til gode ved færre skjemaer, og ved at telefonhenvendelser og oppmøte på trygdekontorene reduseres. En viktig oppgave framover blir å videreutvikle og forbedre tilbudet av elektronisk-baserte tjenester for å skape et bredt tilbud av elektroniske tjenester i offentlig forvaltning, samtidig som hensyn til sikkerhet og personvern blir ivaretatt.

Historisk sett har IT-systemer vært i en utvikling nærmere og nærmere den som er brukeren eller kunden i virksomhetene. Mens 60- og 70-tallets IT-systemer omfattet de indre beregninger og lagring av store mengder data, fokuserte man i 80- og 90-tallets systemer på saksbehandlingssystemer. I det 21. århundre flyttes IT-systemene nå ut til brukeren eller kunden. Dette skjer ved å integrere internettløsninger der kunden i den ene enden registrerer informasjon om seg selv, sine behov og bestillinger med bedriftens interne saksbehandlingssystemer og bakenforliggende regnskaps- og logistikk-systemer. I andre enden kople virksomhetene systemene sammen med sine leverandørers systemer. Disse igjen kan kople seg sammen med sine leverandører og produsenter. På denne måten får vi en elektronisk prosess som for de fleste tilfellers vedkommende er automatisert gjennom hele kjeden fra produsent til forbruker. Dette er hovedideen med elektroniske virksomheter (eForretning/eBusiness).



Nye elektroniske virksomheter

På samme måte har også annen teknologi utviklet seg gjennom flere faser, først knyttet til produksjonsprosessen, dernest til distribusjonsprosessen, og så til kontakten med brukerne eller kundene. Teknologi blir en stadig større del av vår hverdag, og vi som forbrukere får større forventinger til at vi kan benytte teknologi på flere områder. Samtidig har saksbehandlingsprosessene generelt i forvaltningen utviklet seg tilsvarende ved at brukerne involveres i større grad enn tidligere. Brukerne har mer innsikt i prosessene og er også i stand til gjøre mer av oppgavene ved å skaffe saksgrunnlag selv. I trygdeetaten ser vi at brukerne selv i mange tilfeller vil kunne skaffe nødvendig dokumentasjon raskere enn hva trygdekontoret kan.

I dagens Norge er selvbetjeningsløsninger via internett og automatiske telefontjenester mer og mer vanlig. Disse brukes i forbindelse med bank, handel og innrapportering av data. Effektivisering og bedret lønnsomhet er hoveddrivkraften bak de fleste selvbetjeningsløsninger, mens en enklere hverdag ofte er det beste salgsargument overfor sluttbrukerne eller kundene. I tillegg til at IT-løsningene og tjenestene blir mer tilgjengelige, kommer teknologien også nærmere enkeltmenneskene, gjennom bl.a. tilgang til internett.

Mangfoldet av brukere for trygdeetaten er stort: Privatpersoner, arbeidsgivere, leger og andre offentlige etater i Norge og i utlandet.

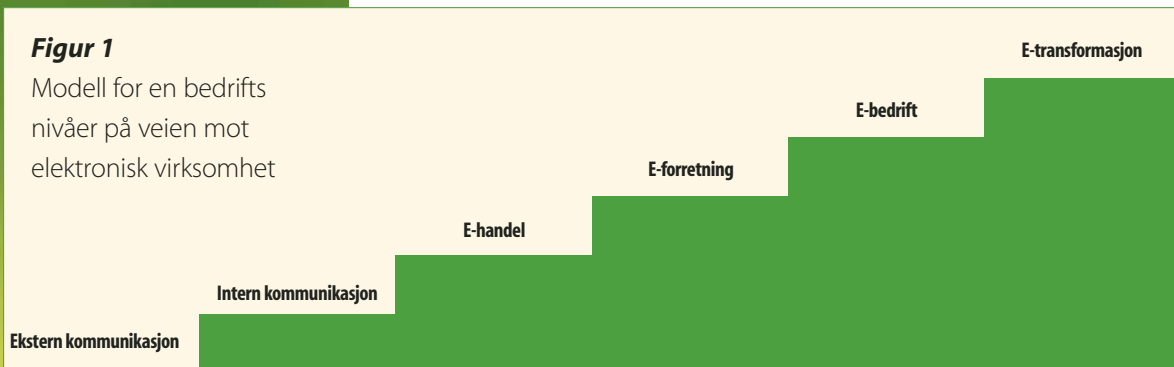
Denne artikkelen beskriver løsninger for elektronisk samhandel og selvbetjening i trygdeetaten. Disse settes inn i en sammenheng med en generell modell for utvikling av løsninger for elektronisk virksomhet. Tilslutt pekes det på hvilke utfordringer og muligheter som er knyttet til elektronisk samhandling og selvbetjeningsløsninger i framtiden.

Modell for elektronisk virksomhet

For å kunne beskrive utviklingen i løsninger for elektronisk samhandling trenger man en referansemodell. Nedenfor vises en modell for en bedrifts modenhet i forhold til bruk av internett. Modellen beskriver seks nivåer (Earl, 2000; Gottschalk, 2002)

Figur 1

Modell for en bedrifts nivåer på veien mot elektronisk virksomhet



Nivåene beskrives som følger:

1. Ekstern kommunikasjon omfatter internettsider med informasjon om virksomheten og om at virksomhetens ansatte benytter e-post med omverdenen og internett for å søke informasjon.
2. Intern kommunikasjon omfatter intranettløsninger med informasjon rettet mot egne ansatte.
3. E-handel innebærer kjøp og salg via internett, slik som bestilling av varer og/eller tjenester via internett
4. E-forretning innebærer at virksomheten knytter internettløsningene opp mot interne systemer og innfører nye prosesser som følge av den nye kanalen for kontakten med brukerne eller kundene.
5. Med E-bedrift er virksomhetens foretningsmodell tett integrert med de elektroniske tjenestene og ledelsen involveres i mye større grad enn i de tidligere fasene ved at all forretningsprosesser blir sett i sammenheng med muligheten for elektronisk samhandling.
6. E-transformasjon vil si at virksomheten har fullført omstillingen til elektronisk virksomhet og elektronisk blir ikke lenger et viktig begrep fordi det er tett integrert med hele virksomheten.

I følge modellen som er skissert ovenfor er trygdeetaten idag basert på de løsninger som er beskrevet her, på begynnelsen av nivå 4. Det vil si at trygdeetaten har etablert løsninger for selvbetjening og elektronisk samhandling og integrert disse i interne prosesser. Trygdeetaten omfatter mange ulike foretningsområder, og man har kommet til forskjellig modenhetsnivåer i forhold til disse områdene. For enkeltområder spenner modenhetsnivåene seg fra 2 til 4.

Hovedtyngden av virksomheter i Norge i dag vil kunne karakteriseres

som å ha nådd nivå 2 i modellen over. Vi vil fremover se en trend der hovedtyngden av virksomhetene vil bevege seg mot nivå 4. For offentlig forvaltning vil det bli større og større krav til elektronisk samhandling (jfr. avsnittet under), og således vil det bli en bevegelse i retning av nivå 4 for flere og flere av de offentlige tjenestene. Hvorvidt man når nivåene 5 og 6 i nivåene over er avhengig av hvordan virksomhetene klarer å integrere interne systemer med publikumsløsningene og sine leverandørers systemer. Eksempelvis kan rene internetbutikker oppnå nivå 5 og 6 i modellen.

Dagens løsninger for generell informasjon i trygdeetaten

Trygdeetatens tjenester finnes i dag i hovedsak på www.trygdeetaten.no. I tillegg til informasjon om rettigheter og aktuelle saker, er det lagt opp til informasjon som setter brukeren i stand til å forberede og delta i enkelte prosesser. Eksempelvis er det lagt ut informasjon om hva slags dokumentasjon som er nødvendig for å få refundert reiseutgifter, slik at brukeren kan sende all dokumentasjon inn per post og være sikker på at all nødvendig dokumentasjon er sendt. På denne måten sparer brukeren tid på å slippe å stå i kø på trygdekontoret, samtidig som krav kan behandles i perioder der det er mindre pågang av publikum. Rettskildene (lover og rundskriv) som trygdeetaten benytter er også lagt ut slik at publikum kan sjekke selv i forbindelse med et krav eller en klage. Disse tjenester er informasjonstjenester. En del informasjon er også tilgjengelig via trygdeetatens informasjonstelefon.

Selvbetjening for brukeren som privatperson

Trygdeetatens ulike blanketter for søknader osv. er tilgjengelig på www.trygdeetaten.no for nedlasting og utfylling av den enkelte. Fordi disse skjemaene i stor grad trenger underskrift, er det ikke laget løsninger for elektronisk innsending av disse.

Mye av informasjonen i trygdeetatens trykte brosjyrer er tilgjengelig på internettsidene, og i tillegg kan brosjyrene bestilles her. Bestillingen sendes elektronisk til enheten som pakker og distribuerer brosjyrer.

Det er lagt ut en pensjonskalkulator som kan anslå pensjoner for de mest vanlige alderspensjonstilfellene med inntastede data. Det kan i tillegg bestilles en serviceberegning som dekker enda flere pensjonstilfeller og som benytter data fra etatens egne registre. Serviceberegningen kan også bestilles fra Trygdeetatens servicetelefon. Denne sendes i begge tilfeller tilbake til bestilleren pr. post.

Det er lagt ut en bidragskalkulator som lar partene i en bidrags sak selv beregne satsen for barnebidrag. Denne er laget som et ledd i arbeidet med å få partene til i større grad å inngå private avtaler om barnebidraget.

1. juni 2004 ble E-111 blanketten erstattet av det europeiske helse-trygdkortet. Dette brukes ved medisinsk behandling innen EØS-landene.

Dette kortet kan bestilles via internett og trygdeetatens informasjons-telefon (se figur 2). E-111 blanketten må bestilles på trygdekontoret, vurderes individuelt av saksbehandleren og stemples med trygdekontorets stempel. Langt de fleste av disse sakene er trivielle å sjekke mot våre registre og kan legges direkte til produksjon av kort. I de tilfeller der vi ikke med sikkerhet kan fastslå automatisk om kravene er innfridd, legges bestillingen til manuell behandling der en saksbehandler kan gjøre vurderingen. Kortene som bestilles, sendes til bestilleren pr. post.

Selvbetjening for arbeidsgivere

Trygdeetaten forvalter Arbeidsgiver og Arbeidstakerregisteret (AA-registeret). Arbeidsgiverne har plikt til å melde inn nye, endrede og opphørte arbeidsforhold til trygdeetaten. For en del lønnsystemer er det laget løsning for elektronisk overføring av disse meldingene direkte fra lønns- og personalsystemene til trygdeetaten.

For de som ikke har muligheten til å kople på sitt lønns- og personalsystem eller ikke har et slikt system, er det laget en løsning der manuelle blanketter kan erstattes med direkte registrering på internett.

Begge disse løsningene sender dataene inn til kontrollprogrammer som verifiserer dataene før AA-registeret oppdateres. De arbeidsgivere som benytter disse løsningene slipper den omfattende årlige kontrollen av registeropplysningene i AA-registeret. Denne kontrollen er opplevd av mange som en omfattende jobb.

I arbeidet med forebygging og reduksjon av sykefraværet tilbyr trygdeetaten arbeidsgivere med avtale om inkluderende arbeidsliv innsyn i trygdeetatens statistikk over virksomhetens eget sykefravær med sammenligning mot egen bransje og geografisk område.

Arbeidsgiverne benytter organisasjonsnummer og passord for å logge seg inn på de ulike løsningene (se figur 3).

Elektronisk samhandling med helsevesenet

Det er laget løsninger for at leger kan sende inn sykemeldinger og legeattester elektronisk. Disse meldingene kontrolleres i et eget kontrollsystem før de arkiveres i et elektronisk arkiv, og dataene i meldingen sendes videre til vårt interne system Infotrygd. Noen av sakene blir lagt til saksbehandlerne for manuell oppfølging fordi de, av en eller annen årsak, ikke kan behandles maskinelt. Denne løsningen erstatter innsending av disse skjemaene pr. brev og manuell inntasting og kontroll av disse.

Apoteker og poliklinikker kan i dag sende sine krav om oppgjør elektronisk til trygdeetaten. Oppgjørene fordeles til kontroll på de ulike oppgjørsenhetene i trygdeetaten. Deretter registreres dataene

for utbetaling i utbetalingssystemene. Det arbeides med slike oppgjørsløsninger for flere typer av oppgjør og større grad av automatisering og integrasjon mot de bakenforliggende IT-systemene. Disse rutineene erstatter omfattende papirbaserte regninger og manuell kontroll av disse.

Meldingene baserer seg delvis på EDIFACT og delvis på XML, som begge er standarder for hvordan meldinger skal utveksles mellom to IT-systemer. Meldingene er standardisert for helsevesenet i Norge. Meldingene krypteres og signeres digitalt.

Elektronisk samhandling med trygdemyndigheter i andre land

Innenfor trygdeområdet er det etablert en del kanaler for elektronisk samhandling med trygdemyndighetene i andre land. Her overføres standardmeldinger som leveattester og informasjon om arbeidstakere som har hatt arbeidsforhold i andre EØS-land.

Løsningene baserer seg på meldinger som er utviklet for EDIFACT og standardisert på europeisk plan. Meldingene krypteres og signeres elektronisk.

Automatiserte løsninger

En annen form for selvbetjening er prosesser der det ikke egentlig er nødvendig for brukerne å gripe inn. Barnetrygd er et eksempel på dette. Utfra meldinger fra folkeregisteret tilstås barnetrygd automatisk. Det blir sendt brev til personen som skal motta ytelsen om dette med beskjed om at forhøyet barnetrygd må søkes spesielt. Dette fordi det skal gjøres en ytterligere vurdering i disse sakene, og dette krever ytterligere dokumentasjon av kravet.

I de fleste tilfeller vil man i forbindelse med modernisering av IT-systemer og utvikling av selvbetjeningsløsninger se på oppgaveløsningen fra en ny innfallsvinkel. I denne prosessen er det viktig å stille seg spørsmålet om nødvendigheten av hvert ledd i oppgaven. Ofte kan eliminering av ledd være bedre enn å forenkle dette enkelte leddet dersom kravene til prosessene har endret seg.



Figur 2



Figur 3

I hvilket omfang blir selvbetjeningsløsningene benyttet?

Trygdeetaten utviklet sine internettsider fra 1999. I 2002 startet man med målinger av besøkende på internettsidene. Fra et ukentlig besøk på 1100 i november 2002 har antallet besøkende på www.trygde-etaten.no med tilhørende tjenester økt til ca. 206.500 i oktober 2004. Informasjonssidene er mest besøkt med ca. 178.500 besøkende. Løsningen for bestilling av helsekort ble en suksess, der 80 prosent av bestillingene ble gjort via internett i starten og 98 prosent av disse kunne behandles automatisk. I juni 2004 da dette ble etablert, var besøket på våre sider på ca. 314.000 brukere.

Virksomheter som omfatter 53,2 prosent av alle arbeidstakerne i Norge, er registrert som bruker av tjenesten mot arbeidsgiverne for elektronisk innrapportering til AA-registeret per 30. september 2004.

Ca. 30 legesentre med ca. 100 leger har tatt i bruk løsningen for innsending av sykemeldinger og legeerklæringer elektronisk. Det har vært problemer med utbredelsen av løsningen til legene, noe som skyldes at infrastruktur for kommunikasjon har tatt lang tid å etablere, og at legene ikke har opplevd store nok fordeler eller kompensasjon for egen del ved å ta i bruk løsningen. Både problemene rundt manglende koordinering av infrastruktur for kommunikasjon og forhandlinger om kompensasjon for tekniske investeringer ser nå ut til å være løst gjennom en avtale om økonomisk kompensasjon for legene. Tilkopling til løsningen skjer i økende tempo som følge av dette.

Bortimot alle apotek (520) er knyttet til ordningen for innsending av elektroniske oppgjør. Denne utbredelsen er oppnådd fordi apotekene i Norge har en felles infrastruktur med felles leverandør av IT-systemer (NAF-data), samt at det er knyttet en egeninteresse for apotekene i raskere og oftere oppgjør.

Det utveksles meldinger om arbeidsforhold med Hellas, Finland, Frankrike, Sverige og Tyskland. Leveattester utveksles med Sverige og Finland. Dette er viktige tiltak for å kunne beregne riktig ytelse og hindre uberettigede utbetalinger til personer i land vi har stor samhandling med.

Påvirker dette brukeren?

I flere tilfeller benytter brukeren de elektroniske løsningene framfor å møte opp personlig eller ringe til trygdekontoret. På denne måten vil brukerne slippe å stå i kø, og de vil kunne få løst noen av sine ærend i forhold til trygdekontoret uavhengig av kontorets åpningstid.

Interne brukerundersøkelser har vist at de som benytter trygdeetatens internettsider, har besøkt dem før og kommer til å benytte dem ved en senere anledning.

I dag skjer fortsatt hovedtyngden av kontakt med trygdeetaten ved

personlig frammøte eller via telefon til saksbehandlerne. For flere av områdene er elektroniske tjenester et supplement til personlig kontakt. Elektroniske løsninger er populære og etterspørres i stadig større grad. Dette gjør at elektroniske tjenester til publikum må kunne sees på som et tilbud av tjenester også etter brukernes ønsker.

Utfordringene selvbetjeningsløsningene møter i samfunnet

Sosiale trender innvirker på hvordan befolkningen tar i bruk teknologi. Di Maio, 2004, trekker fram syv viktige områder som man må ta i betraktning ved utforming og utvikling av ny teknologi.

Holdninger til tid og penger forandrer seg. En større gruppe mennesker har mer velstand. Denne gruppen gir den utfordring at de har penger, men ikke tid. Ved for lang ventetid oppleves tjenestene som utilgjengelige, og man søker alternativer selv om disse kan ha en høyere kostnad.

Teknologinektene vil ha usynlig teknologi framfor høyteknologi. En aldrende befolkning gir flere som får problemer med tilgang til teknologien. Problemene er her små skjermer og knapper som ikke er hensiktsmessige ved for eksempel problemer med syn eller finmotorikk. Samtidig har teknologien et stort potensial innen for eksempel hjemmebaserte helsetjenester.

Globalisering medfører et behov for produkter og tjenester på flere språk og kulturer. Personalisering blir et tema framfor fellesløsninger. Det forventes produkter og tjenester som er tilpasset den enkeltes holdninger, verdier og stil.

Disse elementene er viktige å ta i betraktning når selvbetjeningsløsninger skal settes i gang. Dette for å få flere til å benytte løsningene og hindre at grupper faller utenfor.

Utfordringer med digital signatur og identifisering

For å sikre at informasjon er juridisk bindende og at informasjonen ikke kan sees av uvedkommende, benyttes digital signatur. Digital signatur er en måte å forsegle en elektronisk melding på, slik at det kan dokumenteres hvem som har sendt den, samtidig som meldingen er kryptert (Singh, 1999). Hver person har i denne forbindelse en privat og en offentlig nøkkel (kode). Meldinger som krypteres med den ene nøkkelen kan bare åpnes med den andre nøkkelen. Den private nøkkelen, må holdes hemmelig. Den offentlige nøkkelen må være tilgjengelig for mottakeren. For å håndtere tildelingen av nøkler og tilby oppslag på offentlige nøkler må det etableres en tjeneste. Denne tjenesten kalles Public Key Infrastructure (PKI) og utføres av en tiltrodd tredjepart (uavhengig leverandør).

Rikstrygdeverket forvalter en rammeavtale for PKI i helsevesenet som skal sikre standard for identifisering og signering av informasjon i helsevesenet. Det er denne avtalen som benyttes i løsningene for utveksling av meldinger som beskrevet ovenfor.

Det finnes i dag ingen utbredt billige standarder som kan benyttes på tvers av flere tjenester for signering og identifisering for privatpersoner. Flere tjenester er utviklet, men samordningen av disse er viktig. Det er liten grunn til å tro at forbrukerne ønsker svært mange forskjellige løsninger for sin elektroniske ID eller signatur. Mange ulike løsninger medfører, i tillegg til at det er tungvint for forbrukerne, en økt sikkerhetsrisiko i form av at passord eller at koder blir skrevet ned i stedet for å bli husket.

Utover de mest teknologisk nysgjerrige er det to hovedfaktorer som innvirker på folks motivasjon til å skaffe seg elektronisk ID eller elektronisk signatur. For det første er det avgjørende at løsningene er så lett tilgjengelige at man kan få tak i dem tidsnok til at man kan benytte dem til den tjenesten man ser krever elektronisk ID eller signatur. For det andre må anvendelsesområdene være såpass omfattende at forbrukeren har et klart bilde av neste gang den elektroniske ID'en eller signaturen skal anvendes.

For at anvendelsesområdene skal bli flere, må teknologien også ha lav kostnad for tjenestetilbyderne. For å få til utbredelse blant forbrukerne kreves det at noen finansierer innføringen. Inntil aktørene i markedet for PKI klarer å samordne sine ulike løsninger slik at de kan benyttes på tvers av tjenester, vil utbredelsen av teknologien bli begrenset eller kostbar fordi den enkelte virksomhet må bære store kostnader selv.

Løsningen for dem som skal tilby elektroniske tjenester, blir ofte løsninger med tilsendt brukernavn og passord. Dette gir lavere grad av sikkerhet enn en fullverdig PKI-basert elektronisk ID og etter hvert store administrative kostnader for tjenestetilbyderne. I tillegg er denne måten å identifisere seg på ikke gyldig som signatur og således ubrukelig for tjenester som krever juridisk bindende forpliktelser.

Trygdeetaten jobber derfor aktivt for å bidra til felles standard for PKI i offentlig forvaltning. Dette er viktig av rent praktiske årsaker, fordi det er svært kostbart å etablere og distribuere flere slike løsninger. For at man skal kunne få til en felles standard på området, er det vesentlig at denne er utformet slik at den er sikker nok for de mest sensitive personopplysninger som man kan bruke løsningen mot.

Ufordringer i forhold til sikkerhet og personvern

Personvern og sikkerhet medfører ofte krav om begrenset tilgang. Fra å få til tilgang både til de data som brukeren skal se samtidig som

man skal sikre mot innsyn i andre data, kreves solide og ofte kostbare sikkerhetsløsninger.

I tillegg til at kravene til sikkerhet er store, er også kravene til tilgjengelighet døgnet rundt hele året også gitt. I tillegg til løsninger for tilgangskontroll og sikker identifisering av brukerne kreves også sikring mot uautorisert inntrenging og ondsinnet programvare. Mye av denne sikringen gjøres med egne komponenter som styrer og overvåker nettverkstrafikk og aktiviteter på de ulike datamaskinene.

I og med at tjenestene er tilgjengelige hele døgnet og det er meningen at det skal være mulig å nå dem når man er autorisert til det, er systemene alltid åpne for forsøk på uautorisert tilgang. Internettets globale struktur gjør også at trusler i form av ondsinnet programvare kommer når som helst i døgnet og hvor som helst fra i verden. Angrepenes natur er også slik at de foretas uten at de er rettet mot noe spesielt mål. Videre arter angrepene seg forskjellig fra gang til gang. Dette krever overvåkning av personell som er i stand til å reagere på signaler som tyder på slike angrep.

Rikstrykdeverket har på dette området benyttet den kompetanse og erfaring som er bygd opp gjennom årtier med behandling av personvern og sikring av systemer for å etablere god administrativ og teknisk sikring av systemene.

Utfordringer rundt distribusjon av løsninger

For å få sluttbrukerne til å benytte selvbetjeningsløsninger og løsninger for elektronisk samhandling må brukerne ha fordeler av den nye måten å løse arbeidsoppgavene på. Sluttbrukerne i denne sammenheng kan være både privatpersoner og virksomheter. Alternativet er at de tradisjonelle tjenestene blir mindre tilgjengelig eller uteblir, slik at brukerne blir mer eller mindre tvunget til en ny form for oppgaveløsning. Erfaringer fra alle typer endringsprosesser viser imidlertid at motstanden mot forandring blir mindre jo mindre grad av tvang man opplever.

Tregheten i utrulling av løsning for samhandling med legene er et eksempel på sluttbrukere som ikke har sett nok nytte i løsningen til å ta denne i bruk. Bestilling av helsekort og oppgjørsløsning mot apotekene er eksempler som viser at utbredelsen øker når brukerne ser en større nytteverdi for seg selv.

På samme måte kan man se at bruken av nettbank er stadig økende, noe som har sammenheng med fordelene denne tjenesten gir brukerne, samtidig med at alternativene blir mindre tilgjengelige på grunn av økte gebyrer. Utbredelse av elektronisk signatur er derimot ikke så stor fordi brukerne ikke ser nok nytte i forhold til innsatsen som må legges ned for å anskaffe denne, samtidig som alternativene fortsatt er gode og tilgjengelige.

Det er videre et vesentlig moment for utbredelsen av de elektroniske løsningene at de er lette å ta i bruk, og at de markedsføres overfor brukerne. Arbeidet med innføring av ny teknologi eller tilpasninger og oppryddinger i egne systemer oppleves som unyttig arbeid for dem som skal ta i bruk løsningene. Videre viser det seg gjennom erfaringene fra lanseringen av det europeiske helsekortet at god markedsføring gir økt bruk av tjenestene. Det er således viktig å få til en god markedsføring av løsningene for å få til økt bruk.

Innrapportering til AA-registeret ved direkte overføring fra lønns- og personalsystemene viser at utbredelsen blir begrenset ved at det må gjøres en innsats med å rydde i interne registre før overføringen kan starte. Samtidig er det også et poeng at innrapporteringen i liten grad er representert i de ulike organisasjoners kjernevirksomhet. Løsningen for direkte registrering av enkeltmeldinger via internett har større utbredelsestempo, noe som antas å ha sammenheng med at denne er lettere tilgjengelig.

Fremtidige muligheter

Som et eksempel på fremtidige muligheter for selvbetjeningsløsninger og elektronisk samhandling kan man se på løsningen for beregning av pensjon i Danmark.

I Danmark er pensjoner ofte sammensatt av ytelser fra flere pensjonsforetak. Det er ikke uvanlig at en enkelt pensjonist i Danmark mottar ytelser fra 8 ulike institusjoner. Det er da ikke så unaturlig at det oppstår et behov for å skaffe oversikt over forventet pensjon, og at dette er en komplisert oppgave.

Gjennom en stiftelse er www.pensionsinfo.dk etablert som en tjeneste for å kunne gi slik informasjon samlet. I forhold til både personvern og konkurranse mellom pensjonsforetakene er det ikke ønskelig eller lovlig å utveksle denne informasjonen mellom foretakene.

www.pensionsinfo.dk er en løsning som ved hjelp av elektronisk ID henter data om den enkeltpersonen som har identifisert seg fra alle pensjonsforetakene og gjør nødvendige summeringer og samordningsberegninger med disse dataene. Dette presenteres så for brukeren. Dataene om brukeren blir ikke lagret og er ikke tilgjengelig for noen etter at sesjonen er avsluttet.

Dette er et godt eksempel på at informasjon fra mange kilder blir samordnet for brukeren på en sikker måte uten at alle dataene må lagres samlet. På denne måten er den samlede informasjonen kun tilgjengelig for den personen det gjelder og som eier dataene.

Det er videre et godt eksempel på at teknologien skaper oversikt i en kompleks mengde informasjon. Nøkkelen til dette ligger i den konfidensialitet som tilbys, og at fellestjenesten tilbys av en part som ikke er i en konkurransesituasjon med enkeltforetakene.

Selvbetjeningsløsninger og elektronisk samhandling gir mange muligheter for trygdeetaten i forhold til målsettingen om å være brukerrettet og effektiv. Derfor bidrar trygdeetaten i flere sammenhenger med den kompetansen som er bygget opp gjennom etatens løsninger for PKI og for elektronisk samhandling.

Av aktuelle løsninger som trygdeetaten deltar i fremover kan nevnes:

- Bytte av fastlege på internett,
- Elektronisk resephåndtering og godkjenning,
- Ulike «kalkulatorer» for beregning av økonomiske ytelser,
- Bestillingsordninger for flere tjenester.

Det er videre viktig å kanalisere disse tjenestene på en slik måte at de, i tillegg til å gi et bredt tilbud for brukerne av trygdeetatens tjenester, også kan inngå som komponenter i andre offentlige portaler som «AltInn» og «MinSide». Dette er portaler som er rettet mot hhv. næringslivet og privatpersoner. Hensikten med slike portaler er at brukeren av offentlige tjenester enkelt skal kunne finne de ulike tje-

nestene det offentlige tilbyr uten å måtte vite eksakt hvilken etat som står for den aktuelle tjenesten.

Hjelp til egenberegning av ytelser der historiske data for den enkelte bruker inngår, innsyn i status og grunnlag for egne saker og forberedelse og deltakelse i saksbehandlingen er løsninger som ofte trekkes fram ved elektronisk samhandling i offentlig forvaltning.

To faktorer er viktige når nye områder for elektronisk samhandling og selvbetjening skal vurderes:

- Oppgavene som søkes løst må ta utgangspunkt i å forbedre virksomhetens forretningsmål fremfor bare å effektivisere delprosesser.
- Sluttbrukerne må enkelt kunne ta i bruk løsningene og oppleve en nytte av dem.

I forhold til modellen for nivåer på veien mot elektronisk virksomhet er det naturlig at trygdeetaten utvikler seg mot det øverste nivået. Det er viktig å merke seg at man bør foreta denne utviklingen i takt med etatens totale behov og ikke som teknologiprojekter. På lik linje som man vurderer om prosesser løses mest hensiktsmessig manuelt eller ved hjelp av IT, bør man også vurdere kritisk hvilke prosesser man skal gjøre selvbetjente og hvilke som er mest hensiktsmessige å gjøre manuelt som i dag.

Oppsummering

Utfordringene rundt signering og identifisering er viktigst å få løst i forhold til utbredelse av elektroniske samhandlingsløsninger med publikum. Dette må løses på tvers av virksomheter og krever samordning virksomheter imellom. Dette er viktig å løse for at man skal kunne tilby selvbetjeningsløsninger uten at det fører til dårligere sikkerhet eller enorme kostnader.

For trygdeetaten har vi sett gode effekter av elektroniske tjenester mot privatpersoner og profesjonelle samarbeidsparter. Etter hvert som terskelen blir lavere for å ta i bruk sikre selvbetjeningsløsninger, vil man kunne forenkle og forbedre tjenestene ytterligere.

Litteratur

- Di Maio, A. (2004), *ROI in public government: Toward the public value of IT*, Foredrag på Gartner Symposium 14.-17.3.2004, Barcelona
- Earl, M.J. (2000), *Envolving the E-business*, Business strategy review, 11, (2) s. 33–38.
- Gottschalk, P. (2002), *IT-strategi*, Bergen: Fagbokforlaget
- Singh, Simon (1999), *The Code book*, London: Fourth Estate

Trygdeetatens nye rolle

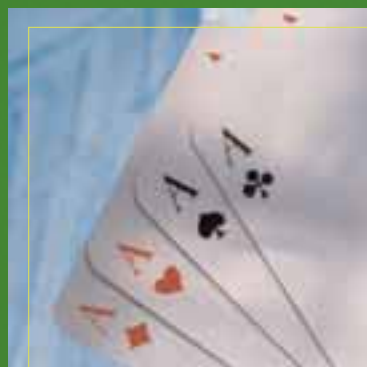
FRA REGELSTYRT FORVALTER TIL AKTIV STØTTESPILLER

Fra å ha som hovedoppgave å forvalte folketrygden og ivareta brukerens rettigheter, utvikler etaten seg i stadig større grad mot også å ha en aktiv rolle som pådriver og støttespiller for brukerne. Brukerperspektivet står i sentrum, og for å videreutvikle og forbedre arbeidet vårt er det nødvendig med utstrakt kompetanseoverføring mellom brukeren og oss.

De senere årene har trygdeetaten drevet et mangesidig moderniseringsarbeid, både gjennom nye tjenester og ved en dreining i oppgaveløsningen fra regelstyrte tjenester til mer individuelt tilpassede tjenester hvor dialogen og samhandlingen skal være det bærende elementet i arbeidet. Målet er å se brukeren i et helhetlig perspektiv og rette våre tjenester mot brukerens individuelle behov.

Mer dynamikk i samhandlingen

Som forvalter av folketrygden og andre viktige velferdsordninger skaffer trygdeetaten seg systematisk innsikt i hvordan velferdsordningene virker. Etaten skal aktivt bruke denne kunnskapen som bidrag til å videreutvikle regelverk



og tjenester. Målet er mer dynamikk i samhandlingen mellom etaten og brukerne, slik at etatens tjenester og virkemidler blir tilbudt tidligst mulig og brukes mest mulig hensiktsmessig og målrettet.

En stadig forbedring av kompetanseoverføring og samhandling vil føre til at brukerens behov tidligst mulig blir tatt fatt i, samtidig som etaten skal være en samarbeidende part som sikrer enhetlige nasjonale tjenester. Brukeren står i sentrum, og etaten skal være en støttespiller som bidrar med kompetanse og tjenester tilpasset den enkelte brukers behov.

For å få til dette, må brukerperspektivet prege etatens oppgaveløsning på alle nivåer. Brukerorientering handler om å kjenne den enkelte brukers behov og forventninger og stadig tilstrebe bedre kvalitet og service ut fra dette. Trygdeetaten skal møte brukerens behov på best mulig måte innenfor rammene av det regelverk og de velferdsordninger trygdeetaten er satt til å forvalte og formidle. Vi skal ta i bruk det rommet regelverket gir for bruk av skjønn og lete etter løsninger tilpasset den enkelte bruker.

Et utvidet brukerbegrep

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble undertegnet av regjeringen og partene i arbeidslivet høsten 2001 og har som mål å gi plass til alle som kan og vil arbeide. Trygdeetaten er myndighetenes forlengede arm i arbeidet med å skape et mer inkluderende arbeidsliv (IA). Allerede samme høst var *Prosjekt for inkluderende arbeidsliv* i gang.

Prosjektet fikk blant annet ansvaret for å etablere Trygdeetatens arbeidslivssentre og parallelt sørge for opplæring og kompetanseheving for etatens ansatte som er involvert i IA-arbeidet. I løpet av få måneder etablerte etaten et arbeidslivssenter i hvert fylke. Disse

skal bistå virksomheter som tegner samarbeidsavtale med etaten, med å arbeide for intensjonsavtalens mål. Virksomhetene får sin faste kontaktperson i arbeidslivssenteret i sitt fylke og tilgang på virkemidler forbeholdt IA-virksomheter. Allerede i februar 2002 ble den første samarbeidsavtalen signert.

Med etableringen av arbeidslivssentrene gjorde etaten en betydelig dreining i sitt arbeid. Mens oppfølging av sykmeldte tidligere var et anliggende mellom trygdekontoret og enkeltindividet, ble oppfølgingsarbeidet plassert på en annen arena: arbeidsplassen. Arbeidstaker og arbeidsgiver er blitt hovedaktørene, trygdeetaten og Aetat er støttespillere. Ved at kontaktpersonene i arbeidslivssentrene tilbyr tjenester inn i virksomhetene, blir brukerbegrepet utvidet til også å omfatte ikke bare enkeltindivider, men også virksomheter.

Inkluderende arbeidsliv – «en innovasjon»

Forsker Eivind Falkum ved forskningsstiftelsen Fafo mener IA kan ses på som en innovasjon som snur opp ned på forholdet mellom velferd og arbeid (Falkum, BRIS nr. 1 2003): «Problemer som oppstår i arbeidslivet skal ikke lenger automatisk lempes over i velferdsstatlige sikkerhetsnett, men løses i arbeidslivet. Med støtte og virkemidler fra arbeidslivssentre og andre deler av det offentlige tjenestetilbudet skal arbeidsgivere og arbeidstakere finne løsningene på problemene selv, så langt det lar seg gjøre».

Fafo har fulgt trygdeetatens IA-arbeid helt fra starten, og i en foreløpig oppsummering skriver Falkum: «Vi vil i stedet nærme oss en situasjon der den enkeltes forutsetninger for å delta i arbeidslivet bestemmer innholdet i, formen på og rammene for arbeidet han eller hun tildeles. Inkluderende arbeidsliv lanserer en massiv satsing på forebygging mot de problemene som arbeidslivet sliter med i dag. Det betyr blant annet at virksomhetene som slutter seg til Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv må ta arbeidsmiljø på alvor. Medlemsvirksomhetene er positive til dette.» (Falkum, oktober 2004). Videre påpeker han at «ledelsen i RTV har etablert strategier for å styrke brukerorienteringen, forenkling av tjenesteytingen og sterk vekt på kompetanseledelse i hele etaten. Arbeidet med IA krever endringer i oppfatninger og atferd. Utviklingsarbeidet regi av Prosjekt for inkluderende arbeidsliv får dermed en viktig rolle i gjennomføringen av de overordnede endringsstrategiene for etaten.» Falkums beskrivelse og oppfatning av IA og etatens satsing illustrerer etatens arbeid i retning av å bli en støttespiller og samarbeidspartner for våre brukere. Resultater hittil viser at IA-virksomhetene er svært fornøyde med bistanden de får fra Arbeidslivssentrene (ECON, 2003).

Aktive brukere

I Informasjonssamfunnet har brukere generelt økende innsikt i offentlig forvaltnings regler, praksis og tjenesteproduksjon, og de etterspør derfor en annen type informasjon og veiledning enn tidligere. Aktive brukere har utstrakt kunnskap om forvaltningen, regelverk, hjelpemidler og bruksområder. Brukernes forventning om raskt svar gjelder alle offentlige tjenester. For trygdeetaten betyr det at kvaliteten på tjenesteytingen må relateres til brukernes forventninger. Mer fleksibilitet i arbeidslivet og bruk av ny teknologi gjør at mennesker som i dag står helt eller delvis utenfor arbeidslivet, kan få mulighet til arbeid og et mer aktivt liv. Dette utfordrer blant annet hjelpemiddelsentralenes tilbud av tjenester og kompetanse. Deres arbeid må ses i lys av et stadig større mangfold av brukere og deres behov. Oppgavene spenner vidt, fra å bidra til raske rehabilitering av arbeidstakere til å bistå enkeltindivider i alle aldre til i størst mulig grad å klare seg selv – både hjemme, i fritiden, på skolen og i sitt arbeid.

Egenstyrt prosess

Trygdeetaten har som mål at den enkelte bruker skal oppleve god service og kvalitet i sitt møte med etaten. Etaten må ha fokus på evnen til å ivareta brukerens individuelle ønsker og behov og har blant annet satt i gang prosjektet «Oppgaveløsning og aktiv brukervedvirkning på hjelpemiddelområdet.» (se rammesak). Aktiv brukervedvirkning krever en gjennomgang av holdninger, verdier, rammebetingelser og kunnskaper som grunnlag for handling. Dette arbeidet er i gang som en del av etatens totale planverk, og utfordrer etaten på hvordan den enkelte medarbeider tenker og handler i relasjonen med brukeren. Aktiv brukervedvirkning anvendes som et sentralt virkemiddel for økt brukertilfredshet. Aktiv brukervedvirkning innebærer at bruker skal kunne benytte fagfolk og deres kompetanse i en egenstyrt prosess.

Målgruppen er aktive brukere med god kompe-

Aktiv brukervedvirkning

Målet med prosjektet «Oppgaveløsning og aktiv brukervedvirkning på hjelpemiddelområdet» er at brukerne skal få større innflytelse både på systemnivå (innflytelse på utforming av tjenestens kvalitet og organisering) og individnivå (innflytelse på eget, personlig hjelpetilbud), og at etaten i størst mulig grad skal ta hensyn til den enkeltes individuelle behov. Prosjektet skal se på hele formidlingsprosessen fra behovet er meldt til behovet er dekket. Dette innbefatter utredning av brukers totalsituasjon, utprøving, valg, vedtak, forvaltning og levering av tiltak/hjelpemidler, eventuelle justeringer, tilpasninger, opplæring i bruk av hjelpemidlene og oppfølging over tid. Prosjektet gjennomfører to modellforsøk:

Brukerpass – hvor rutinene for utprøving, anskaffelse og reparasjon av hjelpemidler forenkles slik at brukeren gis større frihet til å kontakte fagfolk og benytte deres kompetanse i en egenstyrt prosess. Det innebærer ikke at formidlingsprosessen overlates til bruker, men at bruk av fagkompetanse og tjenester stilles til rådighet på en måte som bruker synes er hensiktsmessig.

Fast kontaktperson til barn/foreldre – Hvert enkelt barn med foreldre/foresatte får en egen kontaktperson som skal imøtekomme behovet for informasjon om rettigheter, forstå saksgang og gi informasjon om produkter/løsninger. Kontaktpersonen på hjelpemiddelsentralen skal ha vedtaksmyndighet på hjelpemidler og ha en bindeleddsfunksjon i forhold til øvrige hjelpetilbud i trygdeetaten og kommunene.

tanse om egne behov og mulige løsninger, men omfatter også mange som er helt avhengig av å kunne gå i dialog med dyktige fagfolk for å foreta valg av rett hjelpemiddel. Brukerne kjennetegnes ved at de til daglig er helt avhengig av hjelpemidler for å leve et selvstendig liv hjemme, på skolen, i arbeidsliv og samfunnsliv.

Større grad av valgfrihet

En viktig forutsetning for prosjektet er at inngangsvilkårene til folketrygden må være oppfylt: Vi snakker med andre ord om en mer fleksibel og målrettet formidlingsprosess innenfor dagens rammer og loverk.

Målet er å legge forholdene til rette for at mennesker med funksjonshemninger i størst mulig grad skal kunne mestre sin egen hverdag, og dermed sikre livskvalitet og samfunnsmessig deltagelse i livets ulike situasjoner. Tankegangen er med andre ord at aktiv brukermedvirkning og større grad av fleksibilitet i tjenestene rundt formidlingen av hjelpemidler vil kunne øke tjenestekvaliteten, og dermed brukertilfredsheten.

Referanseliste

ECON: *Brukernes erfaringer med trygdeetatens arbeidslivssentre 2003*
(ECON Rapport 2003–095)

Falkum, Eivind: *På vei mot et nytt arbeidsliv?* (Rehabiliteringsmagasinet BRIS nr. 1/2003)

Falkum, Eivind: *Inkluderende arbeidsliv – Trygdeetaten som endringsagent*
(Trygd & Velferd, oktober 2004)





Trygdeetaten

Arbeid, velferd og samfunn

Artiklene i denne første utgivelsen av publikasjonen «Arbeid, velferd og samfunn» fra Rikstrygdeverket gir et oppdatert bilde av utviklingen trygdeetaten og velferds-samfunnet står midt oppe i. Publikasjonen er delt i tre tema:

- Fra passive mottakere til aktive deltakere
- Mer informasjon og bedre kontroll
- Brukeren i sentrum

Målet med publikasjonen er å beskrive og analysere ulike områder av trygdeetatens virksomhet, for å bringe ny forståelse for og kunnskap om hvilke utfordringer velferdsstaten står overfor, og hvordan vi løser dem.

UTGIVER

Rikstrygdeverket, desember 2004

BESTILLING

Publikasjonen kan bestilles på 22 92 70 70 eller pr mail:
RTV@trygdeetaten.no

Publikasjonen legges ut på www.trygdeetaten.no