



Rapport

# Sykefravær – gradering og tilrettelegging

## Forfattere

Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen, Silje Haus Reve, Roland Mandal,  
Heidi Jensberg og Jan Lippestad



SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse  
Gruppe for arbeid og helse

# Rapport

## Sykefravær – gradering og tilrettelegging

**EMNEORD:**

Sykefravær  
Oppfølging av sykmeldte  
Grøderte sykmeldinger  
Tilrettelegging  
Næring  
Leger  
Arbeidsgiver  
Bedriftshelsetjeneste  
Holdninger

**DATO**

22.02.2012

**FORFATTERE**

Solveig Osborg Ose, Silje L. Kaspersen, Silje Haus Reve, Roland Måndal, Heidi Jensberg og Jan Lippestad

**OPPDRAKSGIVER**

NHOs Arbeidsmiljøfond

**OPPDRAKSGIVERS REF.**

Ann Torill Benonisen og Siri Møllerud

**PROSJEKTNR**

60H18730

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

360

**SAMMENDRAG**

Denne rapporten tar opp en rekke problemstillinger:

- Fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering
- Tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen
- Økonomiske konsekvenser av tilrettelegging og gradering
- Insentiver for tilrettelegging og gradering
- Holdninger til sykefravær og gradering
- Legens rolle i sykmeldingsarbeidet
- BHT sin rolle i sykmeldingsarbeidet

Vi bruker følgende kilder til informasjon: Tidligere forskning, registerdata fra NAV og SSB, intervjuer med virksomheter (ledere og ansatte), intervjuer med NAV, BHT og leger og spørreundersøkelser til virksomheter (ledere og ansatte).

Rapporten inneholder mange funn og illustrasjoner som gir viktig kunnskap om det norske arbeidslivet mer generelt, og om tiltaket grøderte sykmeldinger spesielt.

**PROSJEKTLEDER**

Solveig Osborg Ose

## SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

Marian Ådnanes

## SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Randi Eidsmo Reinertsen

## SIGNATUR

**RAPPORTNR**

SINTEF A22397

**ISBN**

978-82-14-05386-9

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen

# Forord

Dette er hovedrapporten fra prosjektet "Gradering av sykmeldinger". Prosjektet er finansiert av NHOs Arbeidsmiljøfond og har pågått siden sommeren 2010.

Prosjektet har hatt som formål både å undersøke nivå og utvikling i sykefravær og graderingsandel mellom ulike typer virksomheter, og å forklare hva de observerte forskjellene kan skyldes.

Vi skylder alle våre respondenter en stor takk. Det er alle de flere hundre personene som har latt seg intervjuet og alle de som har tatt seg tid til å fylle ulike spørreskjema som har gjort det mulig å skrive denne rapporten.

En stor takk også til Unn H. Høydal, rådgiver i Seksjon for arbeidsmarkedsstatistikk i SSB, som også denne gangen har levert et stort datagrunnlag fra registerdata i flere runder. Hennes faglige innspill og pedagogiske formidlingsevner har bidratt til at riktig data er bestilt og levert.

Takk også til alle de 10-12 fagpersonene som har lest gjennom og kommentert tidligere kapittelutkast. Det har kommet mange gode innspill som ofte har endt med både lange og dype diskusjoner. Dette har både vært hyggelig og lærerikt.

NHO har ikke hatt noen føringer på prosjektet og SINTEF har fått gjennomført et godt og uavhengig forskningsprosjekt. Vi takker NHOs Arbeidsmiljøfond for økonomisk støtte og for et godt og uanstrengt samarbeid med Siri Møllerud og Ann-Torill Benonisen. Vi håper rapporten bidrar til mer kunnskap om viktige forhold i norsk arbeidsliv.

Trondheim 22.februar 2012

Solveig Osborg Ose

prosjektleder



# Sammendrag og hovedfunn

## Bakgrunn for dette forskningsprosjektet

---

Med det sterke fokuset som er på sykefravær, med tidsbestemte punkter for når de sykmeldte skal følges opp av arbeidsgiver, NAV og legene, er det lagt et grunnlag for at ansatte skal få en god oppfølging om de får et helseproblem. Et godt regelverk som sikrer at veien ut av arbeidslivet har mange stoppskilt og barrierer, er et viktig prinsipp for å få til et inkluderende arbeidsliv. Ett av de viktigste tiltakene de siste årene for å hindre utstøting fra arbeidslivet, har vært å gi delvis/graderte sykmeldinger fremfor full sykmelding. Begrunnelsen for dette er at dersom kontakten med arbeidsplassen opprettholdes, er det mindre sannsynlig at den sykmeldte faller ut av arbeidslivet på lenger sikt.

Etter endringene i sykmeldingsreglene 1. juli 2004, som blant annet innebar økt fokus på graderte sykmeldinger, ble det funnet at sykefraværet gikk ned med hele 20 prosent som følge av økt bruk av graderte sykmeldinger. Med denne bakgrunnen foreslo "Ekspertutvalget for sykefravær" i februar 2010 at det igjen burde skje et markert skifte fra full til gradert sykmelding. De antok dermed at det var et stort potensial for å øke andelen sykmeldinger som kunne graderes. Partene i arbeidslivet inngikk deretter en avtale i "Protokoll mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen" i slutten av februar samme år (samtidig som de inngikk ny IA-avtale). Der ble de enige om at arbeidsevne og aktivitet skulle vektlegges, for i størst mulig grad å kunne ta i bruk gradert sykmelding.

I denne rapporten går vi gjennom kunnskapsgrunnlaget bak forslaget om en sterk økning i bruk av graderte sykmeldinger. Arbeidsplassen er opplagt en viktig arena for å få til aktivitet heller enn passivitet, men det har frem til nå vært svært lite fokus på konsekvenser av økt bruk av graderte sykmeldinger på arbeidsplassen. Vi har derfor tatt utgangspunkt i arbeidstakere og arbeidsgivere, og søker med dette prosjektet å øke kunnskapen om muligheter og barrierer virksomhetene har når det gjelder tilrettelegging og god oppfølging av sykmeldte.

## Fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering

---

I dette prosjektet benytter vi et omfattende datagrunnlag fra ulike administrative register og samler for første gang sammenhengende informasjon om sysselsetting, kjønnsfordeling, legemeldt sykefravær og graderingsandeler for de siste ti årene for alle næringer, sektorer, yrkesgrupper og utdanningsgrupper. Rapporten inneholder en rekke grafiske fremstillinger av dette datagrunnlaget, og særlig har vi lagt vekt på å presentere næringsvis informasjon for underkategorier av hovednæringene (på 5-siffer næringskode).

## Sysselsettingen

I løpet av de siste ti årene har det skjedd store endringer i nærings sammensetningen i Norge. I 2000 var det tre nesten jevnstore næringer i landet. Dette var industri og bergverksdrift, som sysselsatte ca 14 prosent av arbeidstakerne, varehandel som sto for rundt 15 prosent og helse- og sosialtjenester som sysselsatte nesten 18 prosent av arbeidstakerne. Ti år senere arbeider nesten 22 prosent av arbeidstakerne innenfor helse- og sosialtjenestene, mens 10 prosent arbeider i industrien. Det er altså en sterk økning i helsesektoren og en betydelig nedgang i industrien. Varehandelen, som fortsatt er den nest største næringen i Norge, har ligget stabilt de siste ti-elleve årene, og sysselsetter fortsatt 15 prosent av arbeidstakerne.

Blant menn har den største veksten kommet i bygge- og anleggsvirksomhet der antall arbeidstakere har økt med 40 000 menn og 1400 kvinner. Blant kvinner kommer den klart største veksten i helse- og sosialtjenester, der antall arbeidstakere har økt med 112 000 kvinner og med over 27 000 menn fra 2000 til 2011.

## Sykefraværet

Det er store variasjoner i legemeldt sykefravær mellom næringer. Det høyeste sykefraværet finner vi i helse- og sosialtjenester, mens det laveste er i olje- og gassutvinning. Også hotell og restaurantnæringen og transport/kommunikasjon ligger høyt, men sistnevnte næring har hatt en jevn nedgang i sykefraværet de siste fem årene. Kjønnforskjellene i sykefraværet er relativt stabile over tid, og det er kun én næring der kvinners sykefravær er på samme nivå som for menn – nemlig i bygge- og anleggsnæringen. I de andre næringene ligger menns fravær betydelig lavere enn kvinners sykefravær. Det er særlig nedgang i sykefraværet i næringen transport og kommunikasjon (både blant kvinner og menn) og innen olje- og gassutvinning (kun blant menn), men ellers er det relativt stabilt de siste ti årene.

Menn har færre sykefraværstilfeller enn kvinner, men når de først blir sykmeldt, varer tilfellene lenger. Menn har dermed høyere gjennomsnittslengde i sykefraværstilfellene enn kvinner, og dette gjelder nesten alle yrker og næringer. Lengst varighet på sykefraværstilfellene finner vi i bygge- og anleggsvirksomheter og i industri, mens det er færrest dager per sykefraværstilfelle i helse- og sosialtjenestene.

## Gradert/delvis sykmelding

Andelen av *sykmeldingstilfellene* som er en delvis sykmelding (og ikke en full sykmelding), har økt fra 12 prosent til nærmere 25 prosent fra 2003 til i dag. Andel av *sykefraværstidene* som er gradert har økt tilsvarende, og nå er over 30 prosent av alle sykefraværstidene gradert i en eller annen grad. Det vanligste dersom man har delvis sykmelding er å ha sykmelding 50 prosent eller over 70 prosent. Lengden på sykefraværstifellene varierer sterkt med hvor stor graderinsandelen er. Jo høyere sykmeldingsgrad, jo lengre er gjennomsnittslengden på sykefraværet.

Det ligger svært mye informasjon i registerdata som vi utnytter i dette prosjektet. Kvinner har høyest andel av sykefraværet gradert og det er i aldersgruppene mellom 30 og 62 vi finner høyest andel gradering av sykefraværet. De yngste og eldste har altså lavest graderingsandel (får i større grad full sykmelding).

Vi finner at sannsynligheten for å få gradert sykmelding øker systematisk med utdanning. Det er de med høyest utdanning som har høyest andel graderte sykmeldinger. Det gir seg også utslag i forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, der typisk yrker uten krav til noen spesiell utdanning har den laveste graderingsandelen. Deretter kommer operatører, sjåførere og håndverkere. De yrkesgruppene med høyest andel av sykefraværet gradert er lederjobber (høyest), akademiske yrker (nest høyest) og deretter høyskoleyrker, og dette gjelder både kvinner og menn. Dette handler i stor grad om muligheter for å få til effektiv tilrettelegging og dette tas opp i kapittel tre i rapporten.

Privat sektor ligger betydelig lavere i graderingsandel enn stat, kommune og fylke. Når vi ser på næringsfordelingene finner vi at i den nedre enden av skalaen med under 20 prosent av sykefraværstilfellene gradert, ligger hotell- og restaurant, transport og kommunikasjon, olje- og gassutvinning og bygge- og anleggsvirksomhet. Høyest andel, med over 30 prosent av tilfellene gradert, finner vi i offentlig administrasjon, finans- og forsikringsvirksomhet og undervisning. Det er store forskjeller mellom kvinner og menn i graderingsandel og for menn ligger olje og gass absolutt lavest og finans- og forsikringsvirksomhet høyest sammen med undervisning. For kvinner ligger hotell- og restaurant absolutt lavest, mens offentlig administrasjon ligger høyest.

Vi finner empirisk støtte for at økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten. Bak dette generelle resultatet finner vi mest støtte for at bidraget skjer gjennom redusert antall sykepengedagsverk per sykefraværstilfelle. Økt bruk av gradering kan tolkes som en reform i sykemeldingspraksisen ved at legene skulle gå over fra aktiv og full sykmelding til gradert sykmelding. Vi har tatt hensyn til dette ved å estimere effekter av gradering før og etter denne reformen i 2004. Resultatene viser da at økt bruk av gradering ser ut til å redusere fraværsraten. Kanalen graderingen virker gjennom endrer seg noe når reformperioden er tatt hensyn til. Effekten gjennom antall tilfeller per mulige dagsverk blir mindre viktig, og statistisk sett ikke signifikant.

I våre analyser finner vi minst støtte for at gradering har bidratt til en reduksjon i andel fraværstilfeller, selv om effekten ikke kan utelukkes som signifikant i noen analyser. Dette resultatet peker mot en dimensjon i sykefraværet som økt gradering sannsynligvis ikke kan endre. Forhold som skaper sykefravær kan vise seg som et viktig fokusområde når bruk av gradering har maksimert sitt potensial - dersom målet er å redusere sykefraværet.

## **Oppfølging, gradering og tilrettelegging**

---

### ***Alle aktører er positive til gradering av sykmeldingene***

Både tidligere forskning og våre egne analyser tilsier at alle aktører involvert i sykefraværarbeidet har tro på at gradert sykmelding er et godt tiltak. Særlig i forhold til de positive effektene det kan ha for både den sykmeldte, kolleger og arbeidsgiver, fordi den sykmeldte opprettholder jevnlig kontakt med arbeidsplassen gjennom å være noe på arbeid. Forskningen finner motstridende effekter av gradert sykmelding på sykefraværslengde, og gradert sykmelding ser ut til å være mest utbredt i de næringene, og for de ansatte, der sykefraværet i utgangspunktet er lavt. Likevel er det vår oppfatning etter å ha studert feltet, at holdningene til gradert sykmelding per se er positive. Positive holdninger er et godt utgangspunkt når man nå (igjen) oppfordrer til å bruke graderte sykmeldinger som hovedregel.

### **Virker tiltaket?**

At en økning i bruken av graderte sykmeldinger skal gi lavere sykefravær, er nærmest en matematisk sannhet. Alt annet likt, vil en økning i antall sykmeldinger som er gradert føre til en tilsvarende reduksjon i totalt antall sykepengedager. Betingelsen er da at det ikke blir flere sykefraværstilfeller som følge av graderingen og at lengden på sykefraværstilfellene ikke endres som følge av graderingen.

Når en snakker om reduksjon i sykefraværet som en effekt av et tiltak, er det viktig å definere hvilken effekt en her snakker om. Er det forventninger om redusert sykefravær gjennom:

- a) Reduksjon i antall sykefraværstilfeller?
- b) Reduksjon i lengden på sykefraværstilfellene?
- c) Reduksjon i antall arbeidstakere som har sykefravær i arbeidslivet?
- d) Reduksjon i sykefraværet som har andre årsaker enn sykdom?
- e) Reduksjon i det lange fraværet som kan føre til exit fra arbeidslivet?
- f) Reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær?

Vi kan derfor forvente effekt av økt gradering på b), e) og f), og vi finner støtte for b). Om dette også innebærer at færre faller ut av arbeidslivet, er det foreløpig ikke mulig å svare på. Det er sannsynlig at tiltaket fører til en reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær. Vi ser videre på om denne reduksjonen fører til kostnadsøkning et annet sted.

### **Omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiver**

Dersom den sykmeldte er normalt produktiv tilsvarende graderingsandelen (feks. 50 prosent produktiv og 50 prosent friskmeldt), er det ingen omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiverne, og vi får en vinn-vinn situasjon der arbeidsgiver/arbeidstaker i fellesskap utnytter resterende arbeidskapasitet til beste for begge parter. Betingelsen for at dette skal være situasjonen er at:

- Arbeidsgiver har nok produktive oppgaver som den sykmeldte kan gjøre tilsvarende "frisk-andelen"
- Tilretteleggingen ikke går ut over de andre ansatte

Mange virksomheter har ikke produktive arbeidsoppgaver som de sykmeldte kan settes til å gjøre. Årsaken kan enkelt forklares med at på en effektiv arbeidsplass blir de produktive oppgavene som finnes, allerede ivaretatt av andre ansatte. I tillegg handler det om kompetanse til den sykmeldte, hva helseproblemet er og hvilken jobb som skal utføres.

Tilrettelegging for noen fører ofte til økt belastning for andre. Den som trenger delvis sykmelding har ofte oppgaver de ikke er i stand til å utføre i sykmeldingsperioden. Det kan enten leies inn vikar for å gjøre disse oppgavene eller oppgavene kan fordeles på de andre ansatte. Dersom det leies inn en vikar som er fullt produktiv og utfører alle oppgavene den delvis sykmeldte ikke kan gjøre, samtidig som den sykmeldte har egne fullt produktive oppgaver, er det altså ikke noe tap noen steder.



Tapene kommer når det ikke er nok produktive oppgaver (må leie inn vikar i tillegg til å betale lønn for uproduktivt arbeid) og når tilretteleggingen går ut over de andre ansatte (økt belastning kan gi sykefravær hos disse). Mange melder om store problemer med å finne vikarer til å arbeide tilsvarende sykmeldingsandelen slik at det ofte blir de andre ansatte som må dele på oppgavene.

Mange arbeidsgivere får til å tilrettelegge og dermed fungerer det godt å ha ansatte som er gradert sykmeldt. De aller fleste arbeidsgiverne melder likevel om at det finnes en grense for hvor mange som kan ha gradert sykmelding eller tilrettelagt arbeid. Særlig vet vi at mange kommunale pleie- og omsorgstjenester, sykehus og hotell sier de har nådd en slik grense.

Dette betyr at når det ikke kan tilrettelegges effektivt for en gradert sykmelding samtidig som det er så sterke forventninger til at alle arbeidsgivere skal gjøre det, vil dette gi økte utgifter for arbeidsgiverne. Resultatet av tilrettelegging og gradering blir da en kostnadsovervelting fra folketrygden til arbeidslivet som neppe er intendert. Vi får da en situasjon der nedgangen i folketrygdens utgifter kommer som følge av redusert produktivitet og lønnsomhet på arbeidsplassene. Dette ser ikke ut til å være diskutert i forslaget om innføring av gradering som hovedregel i sykmeldingene.

Kan økt gradering og strenge krav til tilrettelegging, slik regelverket nå legger opp til, ses på som en "snikinnføring" av arbeidsgiverbetaling for sykefraværet? Noen arbeidsgivere opplever det slik, men vi har foreløpig ikke oversikt over de økonomiske konsekvensene av tilretteleggingsplikten for arbeidsgiverne. En kan anta at kostnadene stiger i takt med at frivilligheten går ned. Jo flere kontroller og sanksjoner som brukes, jo mindre fleksibilitet, og en kan få ineffektive løsninger som ikke er forsvarlige eller bærekraftige på lenger sikt. For eksempel at det tilrettelegges slik at det går ut over driften. En opplagt risiko er at de som står for mye av fraværet og ofte har behov for tilrettelegging, blir en så stor byrde for arbeidsgiverne at kostnaden med å beholde dem overgår nytten. Dette innebærer store samfunnsøkonomiske kostnader, og vi er usikre på om dette er vurdert når kontrollene og sanksjonene er satt inn med den styrken de har i dag.

#### ***Vil økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær gi lavere sykefravær?***

Dersom arbeidsgivere opplever økte kostnader ved sykefravær, vil de sette inn mye ressurser på å forebygge nye sykefravær, eller vil de prøve å bli kvitt de som har over gjennomsnittlig sykefravær (ekskludering) og bli mer restriktive på hvem de ansatter? Dette er spørsmål ingen foreløpig har svar på, men vi har et godt grunnlag fra intervju med både arbeidsgivere, ansatte, leger, NAV-ansatte, BHT-personell og basert på dette har vi følgende kommentar:

Det er naivt å tro at økonomiske insentiver kun virker positivt ved at arbeidsgiverne da vil sette inn store ressurser på forebygging dersom arbeidsgiverne skal betale mer av sykefraværet.

#### ***Arbeidsgiverbetaling i tilfeller med manglende tilrettelegging vil ramme svært skjevt***

Forslaget fra "Ekspertutvalget for sykefravær" var som følger:

*"Sykmeldinger skal som hovedregel være gradert etter 8 uker, selv om dette krever omfattende tilretteleggingstiltak fra arbeidsgivers side og innebærer vesentlige endringer i arbeidsoppgaver for arbeidstakeren. For å gi et tydelig insentiv for bruk av graderte sykmeldinger, begrenses folketrygdens refusjon av sykepengene til maksimalt 80 pst. etter åtte ukers sykefravær. Dette*

*innebærer at det innføres en egenandel for arbeidsgiver på 20 pst. i de tilfeller gradert sykmelding ikke kan gjennomføres." (Ekspertutvalgets rapport punkt 3 side 9)*

Dette tiltaket er foreløpig ikke gjennomført, men det er så vidt vi vet heller ikke avvist av myndighetene og partene. Basert på våre funn i dette prosjektet, konkluderer vi med at utvalget ikke tar hensyn til at arbeidsgiver for økte utgifter knyttet til tilrettelegging, og dette må være basert på en tro på at det er et økonomisk potensial for alle arbeidsgivere å kunne tilrettelegge for alle som har behov for det. Om de velger å ikke gå den veien, må de etter dette forslaget dekke 20 prosent av sykepengene.

Dette vil ramme næringer som i dag sliter med å tilrettelegge effektivt (lav graderingsandel) og de som har nådd grensen for tilrettelegging: pleie- og omsorgstjenester (svært høyt sykefravær og få tilretteleggingsmuligheter som ikke gir økonomisk belastning), olje- og gassutvinning, hotell og restaurant, transport og kommunikasjon, industri og bergverksdrift og varehandel. Dette forslaget vil dermed gi redusert lønnsomhet i noen næringer i større grad enn i andre, samtidig som vi ikke er sikre på at arbeidsgiverne vil kunne forebygge mer av sykefraværet - det kjenner ingen potensialet for.

### **Motivasjon for å komme tilbake til arbeidsplassen ved sykefravær**

Et interessant diskusjonspunkt er hva som skal til for at en sykmelding etterfølges av en snarlig friskmelding. De aller fleste som får dette spørsmålet kommer inn på dette med ønsker og motivasjon hos de enkelte partene. Vi har forsøkt å illustrere dette med følgende tabell:

	Situasjon 1	Situasjon 2	Situasjon 3	Situasjon 4
Arbeidstaker	Positiv	Positiv	Negativ	Negativ
Arbeidsgiver	Positiv	Negativ	Positiv	Negativ
Utfall	Positiv	Ustabil	Ustabil/løsning	Negativ

Dersom både arbeidsgiveren og arbeidstakeren er positive til at vedkommende skal komme tilbake til jobb etter en sykmelding (situasjon 1), vil de mest sannsynligvis få det til i samarbeid. At begge ønsker at den sykmeldte skal komme tilbake, betyr sannsynligvis at de har en god relasjon, at arbeidstaker trives i jobben og at arbeidsgiver er fornøyd med den jobben som gjøres. Dette gjelder sannsynligvis i de aller fleste sykmeldingstilfellene og det trengs ikke strenge regler, kontroll og sanksjoner for å få til dette.

Situasjon 2 er problematisk. Da ønsker arbeidstakeren seg tilbake til jobb, mens arbeidsgiver ikke synes det er særlig viktig å få den ansatte tilbake. Årsaken kan være at den ansatte ikke er produktiv nok, har mye fravær, ikke anses som kompetent osv. Arbeidsgiveren kan da opptre på ulike måter, for eksempel med å være uvillig til å tilrettelegge for vedkommende. NAV kan komme til å spørre om tilretteleggingsmuligheter for vedkommende etter en stund, og arbeidsgiver må bidra med noe. Uansett vil dette kunne gi en ustabil løsning, fordi arbeidsgiver i utgangspunktet er negativt innstilt til den sykmeldte. I denne situasjonen kan arbeidsgiver og arbeidstaker for så vidt ha en god relasjon, og det er heller ikke sikkert den ansatte vet at arbeidsgiveren er negativ. Mangel på tilretteleggingsmuligheter brukes da som et vikarierende argument for at arbeidsgiver egentlig ikke ønsker den ansatte tilbake. I slike tilfeller kan kontroll og sanksjoner føre til at den ansatte delvis fortsetter i jobben, men løsningen blir sannsynligvis ikke stabil, fordi arbeidsgiveren egentlig ikke er

fornøyd med den ansatte. Å argumentere med mangel på tilretteleggingsmuligheter blir dermed et maktmiddel for å bidra til at den ansatte ikke kan fortsette i jobben sin.

I situasjon 3 er det den ansatte som ikke har særlig lyst til å komme tilbake til arbeidsplassen. Sykmeldingen vil i slike tilfeller kunne bli langvarig. Som vi skal se i kapittel 5, har legen få muligheter til å unngå at personen blir sykmeldt, dersom den sykmeldte selv har et sterkt ønske om å være borte fra arbeidsplassen. Selv om arbeidsgiver foreslår tilretteleggingsoppgaver, og den ansatte følger forslagene fordi de har plikt til å gjøre det, vil situasjonen være ustabil fordi den ansatte egentlig ikke ønsker å være på arbeid. Dette er vanskelige tilfeller, både for arbeidsgiveren, for legen og selvsagt for den ansatte som ikke trives i jobben sin. Det er ulike handlingsalternativer, men stort sett er dette opp til den ansatte selv: Selv bidra til et godt arbeidsmiljø i virksomheten, forsøke å få arbeidsgiver til å se sin situasjon eller se etter andre jobbmuligheter. Uansett er det et grunnleggende manglende ønske om å være på jobb som gjør at fraværet trekker ut, og dette kan være kjent eller ukjent for arbeidsgiver. Dersom lederen har et godt forhold til sine ansatte, vil de sannsynligvis kjenne til hvorfor den ansatte ikke er motivert, og ofte kan arbeidsgiveren gjøre noe med dette. Dersom det er dårlig arbeidsmiljø og konflikter på avdelingen der den sykmeldte arbeider, så bør de sannsynligvis sette inn tiltak for å rydde opp slik at folk ønsker å være på jobb. Dersom det er forhold utenfor jobb som gjør at den ansatte ikke ønsker å komme tilbake, kan også arbeidsgiveren bidra til å gjøre jobbsituasjonen enklere i en periode. Da kommer vi inn på muligheter internt, hvor viktig den ansatte er for virksomheten osv. Dersom arbeidsgiver er positiv til å få den ansatte tilbake til jobb, betyr det at den ansatte er viktig for arbeidsplassen og arbeidsgiver kan være villig til å strekke seg langt for å få til en løsning. Dette kan da ende med en friskmelding og en løsning på arbeidsplassen.

Situasjon 4 er kanskje den vanskeligste situasjonen; når både arbeidstaker og arbeidsgiver ikke har noe reelt ønske om at arbeidstakeren skal komme tilbake i jobb, vil sannsynligvis ikke noe kontroll- og sanksjonsregime bidra til at situasjonen løser seg. Her brukes vikarierende argument som manglende tilretteleggingsmuligheter, at personen har større helseproblemer enn de faktisk har osv. Disse argumentene brukes både mot hverandre og overfor andre aktører (som NAV og legen).

Konklusjonen er at om arbeidsgiver og arbeidstaker har en dårlig relasjon, og en eller begge av dem ikke ønsker den ansatte tilbake til jobb, vil kontroller og sanksjoner ikke bidra til å løse situasjonen. Vi står dermed igjen med at gode relasjoner mellom arbeidsgiver og arbeidstaker er grunnleggende og må bygges på den enkelte arbeidsplass. Dette er dermed en tilnærming som passer mer med den opprinnelige IA-avtalen – det er på arbeidsplassen inkludering må skje. Om det er sykefraværsreduksjon som bør være fokuset på arbeidsplassen og nasjonalt, er også usikkert, og vi kommer tilbake til dette på slutten av sammendraget.

### ***Effekt for de utenfor arbeidslivet***

For de som står på utsiden av arbeidslivet, eller som står på randen til å falle ut av arbeidslivet, kan regelinstramminger ha stor effekt. Dersom det brer seg en oppfatning om at det blir mye styr om en har sykefravær nå, både for arbeidsgiver og arbeidstaker, med mye rapportering og byråkrati, opplevelse av mistenkeliggjøring fra NAV og ikke minst sanksjoner som bortfall av sykepenger – vil dette ha effekt også for de utenfor arbeidslivet. "Marginale arbeidstakerne" kan vegre seg for å satse på et liv i arbeid - det blir tryggere å være utenfor. Arbeidsgiverne vil kunne ha sterkere fokus på å rekruttere de med lav sannsynlighet for sykefravær om det blir for krevende med sykefravær (krav om

grenseløs tilrettelegging, sanksjoner mot arbeidsgivere som ikke får til å tilrettelegge, arbeidsmiljø som måles med sykefraværsprosent osv). Dette betyr at intensjonen om inkludering i praksis blir snudd til ekskludering, og vi er i så måte på feil spor for å få til et inkluderende arbeidsliv. Med det sterke fokuset på sykefravær er det kanskje igjen store målkonflikter mellom delmålene i IA-avtalen

### ***Hvem tilrettelegges det for?***

Som vi har vært inne på tidligere i diskusjonen, er det ikke sikkert at det er de som trenger tilrettelegging mest som er de som faktisk får det. Arbeidsgiverne kan i praksis velge å tilrettelegge for hvem de vil, selv om arbeidsmiljøloven gir de plikt til å tilrettelegge for alle som får behov for det. Det finnes både god og dårlig tilrettelegging, der sistnevnte nesten uansett vil ende med en full sykmelding. Det er derfor naturlig at en rasjonell arbeidsgiver tilrettelegger og strekker seg lengst for ansatte som har høyest verdi for arbeidsgiveren. Det kan være mange måter å verdsette arbeidstakere på, det trenger ikke bare handle om produktivitet, effektivitet og kompetanse, men kan også handle om at vedkommende er en viktig miljøbærer på arbeidsplassen. At lederen og den ansatte har et godt og trygt tillitsforhold synes å være en viktig premis for å få til tilrettelegging.

Et annet spørsmål er om de som trenger tilrettelegging mest er de samme som etterspør tilrettelegging på arbeidsplassen. En ansatt som er hardtarbeidende og alltid gjør de oppgavene han/hun blir bedt om på en samvittighetsfull måte, er ikke nødvendigvis den som først ber om tilrettelegging om det oppstår behov. Årsaken til at de ikke ber om tilrettelegging kan være at de ikke ønsker å belaste de andre ansatte, at de ikke vil være til bry for arbeidsgiveren eller at de ikke lytter godt nok til kroppens signaler på overbelastning. Disse kan ende i en lang sykmelding dersom ikke lederen foretar nødvendige justeringer. Når det er mange som trenger tilrettelegging samtidig, er det kanskje vanskelig å oppdage de som ikke ber om det selv.

Statistikken viser at det er de med høy utdannelse, de i lederstillinger og/eller de som jobber i bransjer med høy grad av egenkontroll i arbeidet, som oftest har gradert sykmelding heller enn full sykmelding. Dette kan da tyde på at det tilrettelegges for de som er mest verdifulle for virksomheten og dette er kanskje ikke de som trenger det mest dersom motivet er å hindre at folk faller ut av arbeidslivet. Det kan også være at det tilrettelegges for disse gruppene i større grad enn for andre fordi tilretteleggingen er enklere.

Både i det kvantitative og kvalitative datamaterialet ser vi at det er næringsforskjeller mellom virksomhetene med tanke på hvordan de forholder seg til tilrettelegging for gradering. Det er åpenbart forskjellige utfordringer ved å skulle tilrettelegge for en ansatt med helseproblem – avhengig av om den ansatte jobber i rengjøringsbransjen eller som IT-konsulent. Registerdata viser at det er innenfor privat sektor graderingsandelen er lavest, og da særlig innenfor olje og gass, hotell og restaurant, transport og industri og for kvinner også for varehandelen.

Det er særlig høy bruk av gradering i undervisning, offentlig administrasjon og finans- og forsikringstjenester. Samtidig finner vi at selv om det er høy bruk av gradert sykmelding, ser det ikke ut til at sykefraværsprosenten påvirkes i undervisningssektoren. Denne sammenhengen ser ut til å være sterkest i de næringene med lavest graderingsandel, men her er det behov for grundige komparative analyser av virksomheter, næringer og sektorer til for å få mer kunnskap.

## Holdninger til sykefravær og gradering

---

Som nevnt over synes alle aktørene som er involvert i sykmeldinger å ha en grunnleggende positiv innstilling til graderte sykmeldinger. Hvilken holdning man har til det å være sykmeldt/skulle bli frisk, eller det å håndtere sykefraværsoppfølging (fra arbeidsgivers side), kan være avgjørende for hvor vellykket prosessen blir. I kapittel 4 har vi sett nærmere på holdninger til sykefravær i arbeidslivet generelt, og holdninger til graderte sykmeldinger (og sykenærvær) spesielt. Vi har gjort en litteraturoppsummering der vi presenterer eksisterende forskning på området, deretter presenteres og diskuteres funn fra våre intervju med virksomhetsledere, tillitsvalgte og sykmeldte. Vi har også brukt spørreskjemadata fra ca. 1800 IA-virksomheter, og presenterer resultater på ulike holdningsspørsmål i de ulike hovednæringene.

### **Media fokuserer på dårlige holdninger**

I løpet av de siste tre årene har det vært mange oppslag i norske medier om fallende arbeidsmoral (særlig blant de unge) og dårlige holdninger til bruk av trygde- og sykelønnsordninger. Stadig flere forskere forsøker nå å forklare deler av variasjonen i sykefraværet med holdningsendringer i befolkningen. I denne rapporten har vi sett nærmere på holdninger til sykefravær og gradert sykmelding i andres og vår egen forskning. Vi har fokusert på forskning i de skandinaviske landene, der velferdsstaten står sterkt og sykelønnsordningene er relativt like. For å definere *hva man har en holdning til* i denne sammenheng, har vi gjennomgått utvalgte paragrafer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Forskning fra Sverige viser at det på begynnelsen av 2000-tallet var lite kunnskap om hva som egentlig gir rett til sykepenger – både blant arbeidstakere og arbeidsgivere. Hvis det er slik at mange av aktørene i arbeidslivet ikke kjenner til, eller har reflektert over, hva som egentlig gir rett til sykepenger – kan det være at mange har "dårlige" holdninger uten at de selv er klar over det.

### **Sykefravær smitter gjennom en sosial multiplikatoreffekt**

Det er noen tema som går igjen i den skandinaviske forskningen på holdninger til sykefravær. I Norge har særlig samfunnsøkonomer forsket på økonomiske insentiver og sykefravær, samt endrede normer i befolkningen i velferdsstater. Her kommer man typisk inn på hvordan sosialt stigma har betydning for individets sykefraværsbeslutninger – og hvordan dette skaper en såkalt sosial multiplikatoreffekt i de miljøene man ferdes i (familie, nabolag, arbeidsplass osv.). Effekter av sosiale normer og sosial multiplikator på sykefraværet har også vært gjenstand for omfattende forskning på svenske data. Funnene peker i retning av at den sosiale multiplikatoreffekten påvirker sykefraværet. Av den mer kreative varianten er forskning basert på analyser av sykefravær og TV-sport, samt sykefravær i relasjon til bursdager. I Sverige har man funnet at unge menn skulker jobben i større grad enn kvinner og eldre arbeidstakere under store sportsbegivenheter på TV, og i tidsrommet rundt sin egen bursdag.

Det er også andre studier som viser at yngre generasjoner har lavere terskel for å benytte sykelønnsordningen enn eldre. Framtidig sykefraværsforskning må vise om dette handler om livsfase- eller generasjonseffekter. En norsk studie fra 2009 viste at yngre egenmeldte seg syk oftere og lengre enn eldre når de fikk tilgang til flere egenmeldingsdager, men aldersforskjellen utjevnet seg etter en viss tid. Ledelse og kultur på arbeidsplassen er sannsynligvis svært viktige faktorer for hvordan de unge arbeidstakerne "oppdras" med tanke på holdninger til fravær. Det samme er foresatt holdninger og atferd i forhold til sykefravær. Når det nå finnes noe litteratur som viser at sykefraværsatferd "smitter"

innenfor samme arbeidsplass, familie eller nabolag – så vil det sannsynligvis, og heldigvis, bety at positive holdninger og atferd smitter samme vei.

### ***En sjenerøs velferdsstat gir høy arbeidsinvolvering – med ønske om å opprettholde de gode ordningene***

Mens samfunnsøkonomene og psykologene som forsker på holdninger til sykefravær ofte baserer seg på en teori om at befolkningen oppfører seg som rasjonelle aktører og maksimerer egen nytte, har andre inntatt en alternativ teoretisk innfallsvinkel. En mer institusjonell tilnærming til holdningsspørsmålet baserer seg på en tanke om at rettferdighet og nytten av å opprettholde velferdsstaten er verdier som står sterkt i befolkningen, og at disse vil dominere eventuelle tilbøyeligheter til snylting og unnasluntring. Det er blant annet gjort forskning på arbeidsinvolvering i Norge, som viser at det *ikke* er klare holdepunkter for å hevde at arbeidsmoral svekkes i visse miljøer som følge av sosial interaksjon (f.eks. innad i nabolag eller på arbeidsplasser), og at dette kan forklare økningen i antall trygdede i Norge. Tvert i mot; i land med sjenerøse velferdsordninger betalt av innbyggerne via skatteordninger, synes det å være en sterkere vilje til å delta i lønnet arbeid enn i land med mer begrensede ytelser.

Det er analysert spørreskjemadata fra ansatte i Norden, som viser at kjønn, alder, utdanningsnivå, sektor og gjennomsnittlig arbeidstid per uke er faktorer som kan forklare holdninger til sykefravær. De to landene med mest restriktive sykkelønnsordninger (Island og Finland), har også ansatte med de mest restriktive holdningene til sykefravær. I en annen norsk studie intervjuet man rådgivere ved NAV arbeidslivssenter, IA-kontakter og tillitsvalgte i ulike typer virksomheter, og fant at holdninger og kultur blant de ansatte og lederne ble omtalt som både hemmende og/eller fremmende for valget om å gå på jobb (nærvær) eller å bli hjemme. En SINTEF-undersøkelse fra 1997 studerte norske ansattes syn på sykefravær, og anslo at mindre enn 3 % av utvalget på i underkant av 3000 ansatte, hadde illegitimt sykefravær.

### ***Fokus på misbruk***

De siste to årene har norske myndigheter hatt økt fokus på å avsløre trygdesvindler. I en undersøkelse fra 2011 ble det anslått at det er mer enn 50 % sannsynlig at misbruket av sykepenger i folketrygden ligger på mellom 6-8 % av alle utbetalingene. Sett i forhold til utbetalinger av sykkelønn i Norge for 2010, innebærer dette at opp mot 3 milliarder kroner ble utbetalt urettmessig. Også ekspertgruppen for sykefravær hadde fokus på dette i sine anbefalinger: "Krav om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger, og dermed styrke legitimiteten til sykkelønnsordningen" (Mykletun et al. 2010). 1. juli 2011 ble arbeidsmiljøloven og folketrygdloven endret, blant annet i det henseendet å motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger. Den ansattes *medvirkningsplikt* har fått større fokus etter lovendringen, og man er som ansatt nå pliktig til å samarbeide om tiltak som iverksettes for å minimere sykefravær. Hvordan denne plikten nå forvaltes i praksis bør det forskes mer på.

### ***Generelt positive holdninger til graderte sykmeldinger – fra alle hold***

Både i 2004 og 2011 er arbeidsmiljøloven og folketrygdloven i Norge endret, i det henseende å øke andelen graderte sykmeldinger. Analyser gjort i perioden etter 2004, viste at norske legers holdninger til graderte sykmeldinger var positive; en langt større andel av sykmeldingene ble skrevet ut gradert. Artikler som innbefatter data fra ansatte, viser i all hovedsak at de fleste ansatte er positive til å være

gradert sykmeldt. Det finnes imidlertid noen studier som viser at psykiatere, og ansatte som er sykmeldt på grunn av psykiske problemer, er mindre positive til gradert sykmelding enn andre. Hvis det er slik at potensialet for gradert sykmelding er mindre for de med psykiske lidelser og problemer, og denne oppfatningen deles av de som sykmelder, kan vi stå overfor et paradoks. En stadig økende andel ansatte sykmeldes pga. psykiske problemer, samtidig som man ønsker at andelen graderte sykmeldinger skal øke. Andre studier av sykenærver viser imidlertid at det å være i arbeid selv om man er syk, er positivt for de aller fleste sykmeldte – også de med psykiske problemer. På dette området er forskningsresultatene m.a.o. tvetydige.

I Norge har forskning vist at kvinnelige leger, og leger med få pasienter, generelt er strengere med å skrive ut sykmelding. En undersøkelse fra Sverige viste at 85-90 prosent av personalsjefer/linjeledere/faglige representanter mente at gradert sykmelding ville føre til at flere kom raskere tilbake i jobb, og 75 % av de sykmeldte selv mente det samme. Et interessant skille i denne undersøkelsen kom fram mellom ortopedier og psykiatere, der 75 % av ortopedene og 53 % av psykiaterne trodde at gradert sykmelding ville føre til raskere tilbakegang til arbeid. Resultatene i en omfattende finsk litteraturoppsummering om graderte sykmeldinger fra 2008, tilsa at et klart flertall av både ansatte, arbeidsgivere og leger har et positivt syn på gradert sykmelding. Det er stor tro på at gradert sykmelding gjør at folk kommer fortere tilbake til full jobb, enn de ville gjort i 100 % sykmelding.

### ***Flere gradert sykmeldte betyr flere sykenærværende***

Å være gradert sykmeldt betyr at man til en viss grad er sykenærværende. I litteraturen skilles det ofte mellom negativt nærværspress, mestringsfravær og positivt sykenærver. Litteraturen og teoriene i sykenærverforskningen er nå høyaktuell når flere skal jobbe mens de har redusert funksjonsevne. At flere skal være sykenærværende i norsk arbeidsliv stiller også andre krav til ledelse. Noen forskere har påpekt at sykefraværsålet som mål på helse/uhelse kanskje er i ferd med å bli misvisende. Dette begrunnes i at det finner sted en økt polarisering mellom en gruppe fattige, økonomisk marginaliserte arbeidstakere, og en (økende) gruppe velstående, velutdannede kunnskapsarbeidere med stor fleksibilitet i jobben – der *begge* disse gruppene bruker *sykenærver* som strategi for å håndtere sine respektive problemer.

Gjennom utvalgte sitater fra en rekke intervju SINTEF har gjennomført med ledere, tillitsvalgte, verneombud, sykmeldte og leger har vi i dette kapitlet forsøkt å illustrere hvilke holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger som finnes i det norske arbeidslivet. Holdninger til fravær varierer med hvem du spør. Hvilken type arbeid man har (som ofte er avhengig av type og lengde på utdanning) synes å ha betydning for hvilken innstilling man har til det å være borte fra arbeidet. I kapitlet om næringsforskjeller i holdninger til sykenærver, så vi tendenser til at negativt nærværspress kan se ut til å være størst i typisk mannsdominerte næringer som bergverksdrift, bygge- og anleggsvirksomhet og transport. Mestringsfravær, at man er borte en dag eller to for å hente seg inn, får størst aksept i næringen "Andre sosiale tjenester og personlige tjenester" og i finansnæringen. Samtidig er hovedinntrykket fra de tillitsvalgte at det er akseptert å være sykenærværende i norske virksomheter, og at holdningene til tilrettelegging generelt er positive. Dermed bør forholdene ligge godt til rette for at arbeidstakere kan være sykenærværende i norsk arbeidsliv.

### ***Dårlige holdninger – gjelder relativt få, men får stort fokus og har høye kostnader?***

Når media slår opp overskrifter om dårlig (og gjerne fallende) arbeidsmoral, er det ofte basert på korte spørreundersøkelser blant ledere i næringslivet. De blir sjelden bedt konkret om å angi hvor stor andel av de ansatte dette gjelder. I vår litteraturgjennomgang og i våre intervju med ledelse og tillitsvalgte i norske virksomheter, får vi inntrykk av at dårlige holdninger og dårlig arbeidsmoral eventuelt er knyttet til et fåtall av de ansatte. At dette er et problem som ikke gjelder *så mange* arbeidstakere, men at *problemene og irritasjonen* dårlige holdninger til sykefravær skaper – oppleves som store og frustrerende for arbeidsgivere, arbeidsmiljøet og samfunnet rundt. Folk flest utnytter ikke sykelønnsordningen, men de som gjør det blir viet mye oppmerksomhet – og de *koster*. Både i form av det de *gjør* urettmessig krav på av sykelønn – og det de forårsaker av tidskostnader i form av formell oppfølging, irritasjon, misnøye og ukultur på arbeidsplassen.

Vår litteraturgjennomgang viser at det ligger et uutnyttet forskningspotensial i å studere holdninger til sykefravær systematisk over tid (paneldata), og i å studere sammenfallet mellom holdninger og faktisk atferd når det gjelder sykefravær. Det bør også forskes på hvilke grep som kan gjøres på arbeidsplassen (ledelses- og kulturendringer), eller i forhold til enkeltpersoner, for å minimere problemene dårlige holdninger til sykefravær skaper. På samme måte som de ansattes gode eller dårlige holdninger til fravær påvirker sykefraværet, vil også måten *ledelse* utøves på, påvirke holdningene til sykefravær i en virksomhet. Det samme gjelder befolkningens forventninger til egen helse og behandlingen av egne lidelser og problemer. Henger "høyt" sykefravær i Norge sammen med høye forventninger til egen helse og høye forventninger – og muligheter – til behandling? Dette er problemstillinger som framtidig forskning bør se i sammenheng.

Økt fokus på graderte sykmeldinger og tettere oppfølging av sykmeldte kan tenkes å virke disiplinerende på de som eventuelt misbruker sykelønnsordningen – og motiverende for dem som opplever jobbnærvær som en god ting. Om det er slik må framtidig forskning vise, vi vet det ikke per i dag. Å etablere et omfattende og ressurskrevende kontrollregime med sterke sanksjoner, der ett av formålene er fange opp ansatte med urettmessig sykefravær og dårlig arbeidsmoral, synes å være basert på et alt for dårlig kunnskapsgrunnlag til å kunne forsvares faglig.

## **Bedriftshelsetjenesten sin rolle**

---

Med utgangspunkt i intervjudata og spørreskjemadata ser vi i kapittel 6 nærmere på hvilken rolle bedriftshelsetjenesten (BHT) kan spille i virksomhetenes sykefraværarbeid og i oppfølgingen av sykmeldte. Selv om det har vært en tradisjon for at BHT har vært engasjert i virksomhetenes sykefraværarbeid og IA-arbeid, så er det likevel behov for mer kunnskap om hva denne innsatsen handler om i praksis. Introduksjonen av IA-avtalen i 2001 samt endringer i regelverket for oppfølging av sykmeldte i 2011 er eksempler på milepæler som gjennom de senere årene har innvirket på BHT-enes ansvar og forpliktelser overfor virksomhetene. I hvilken grad gjenspeiles dette i virksomhetenes faktiske bruk av bedriftshelsetjenesten? Dette er ett av flere spørsmål som blir belyst i kapittel 6.

### ***Arbeidsmiljø og ergonomi viktig***

Det bedriftshelsetjenestene våre casevirksomheter kjøpte var først og fremst knyttet til ergonomi og arbeidsmiljøutvikling. Sykefravær inngikk i varierende grad også i dette, men da først og fremst i et



forebyggende perspektiv. Enkelte BHT-er ga uttrykk for at de ønsker å jobbe forebyggende, men de deltar også i oppfølging av ansatte som er sykmeldt (pliktig fra og med 1. juli 2011). Fra spørreskjemaundersøkelsen fremkom det at ergonomi, sammen med kartlegging av arbeidsmiljø, innklimamålinger samt sykefraværsforebyggende arbeid, var de tjenestene som det var vanligst å benytte BHT til. Funnene fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen samsvarer dermed i stor grad med hverandre på dette punktet.

### ***Innskjerping i bruken av BHT***

I flere av virksomhetene vi intervjuet kom det frem at fastlegen nå håndterer en del av de helseproblemene som ansatte tidligere kunne gå til bedriftslegen med. Et typisk krav er at helseproblemet skal være arbeidsrelatert. I enkelte tilfeller handler dette også om økonomi, og at det er kostbart å kjøpe bedriftshelsetjenester. Forestillingen om BHT som en velferdsordning, som er tilgjengelig for å drøfte ethvert helseproblem som ansatte måtte ha, er trolig lite treffende for norsk arbeidsliv i dag.

### ***Bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle i IA-arbeidet***

Eksempler og erfaringer fra våre virksomheter tyder ikke på at BHT har fått noe spesielt endret rolle som følge av IA-avtalen. Virksomheters kunnskap om og bevissthet rundt hva BHT kan tilby har trolig økt som følge av avtalen, men for BHT-ene handler det om at de tjenestene de tilbyr (og som de i stor grad også tilbød før IA-avtalen ble innført) er relevant for IA-avtalen, fordi de i bunn og grunn handler om å understøtte et inkluderende arbeidsmiljø med fokus på forebygging og tilrettelegging. Slik sett er det lite tvil om at BHT kan (og skal) spille en viktig rolle i virksomhetenes IA-arbeid.

### ***BHT som bindeledd og ekspert***

Noe annet som ble fremhevet av flere av de virksomhetene vi intervjuet var at BHT har et fortrinn i sitt arbeid inn mot virksomhetene, gjennom å inneha en slags ekspertrolle. Dette ble også bekreftet av BHT-informanter. Det fremkom at dette vil kunne gagne virksomhetene i deres sykefraværsoppfølging, ved at BHT kan supplere og bidra med andre innspill enn det ansatte, arbeidsgivere, leger og NAV er i stand til. Den arbeidsmedisinske kompetansen er unik for bedriftshelsetjenesten. Samtidig er virksomhetenes forventninger til at bedriftshelsetjenesten skal være en uhildet ekspert noe som stiller sistnevnte overfor et stort ansvar. Kompromissløs faglighet og det at bedriftshelsetjenesten ikke kobler seg for tett opp mot ledelsen i virksomhetene ble pekt på som mulige "suksessfaktorer" i denne sammenheng.

## **Arbeidsgivere og leger**

---

Det har vært mye debatt om hvilken rolle legene skal ha i sykmeldingsarbeidet og vi har derfor gått grundig inn på dette temaet i denne rapporten. Legene skal etter regelendringene 1. juli 2011 i større grad involveres i sykmeldingsarbeidet, og særlig er det forventet økt kontakt og dialog mellom arbeidsgivere og leger. Legene skal blant annet delta på dialogmøter med arbeidsgivere (uten NAV), og de skal motta oppfølgingsplaner som arbeidsgiver og arbeidstaker utarbeider. Vi har sett på kunnskapsgrunnlaget for denne endringen og vurderer om legerressursene kan brukes på en bedre måte enn det som gjøres i dagens system.

### ***Tidligere forskning***

Det finnes etter hvert en del forskning på legers sykmeldingspraksis, holdninger til sykmeldingsarbeidet, og opplevde utfordringer rundt forventninger og regelverk. Forskningen kommer stort sett fra Skandinavia og Storbritannia. Opplevelsene rundt sykmeldingsrollen ser ut til å ha en del fellestrekk i de ulike landene, og særlig handler dette om rollekonflikter mellom det å være pasientens advokat og samtidig være portvakt for sykelønnsordningen. Allmennlegene/fastlegene synes det er vanskelig å vurdere arbeidsevne. De har lite kunnskap om den enkeltes jobbinnhold, og når pasienten ber om sykmelding, er det sjelden at legen går veldig i mot dette. Fordi det er stor variasjon i hvor mye leger sykmelder, kommer det stadig forslag om bedre opplæring og utvikling i sykmeldingskompetanse. Det er likevel kjennetegn ved pasientene eller de sykmeldte som forklarer det meste av variasjonen i sykefraværstilbøyelighet. Når man sammenlikner legers sykmeldingspraksis bør en derfor ta hensyn både til pasientsammensetning og lokale strukturelle forhold, som lokal arbeidsledighet og jobbmuligheter. Det er motstridende resultat når det gjelder sammenhengen mellom sykmeldingstilbøyelighet og kjennetegn ved legene.

Forskning viser at legers sykmeldingsatferd påvirkes av regelendringer, og særlig er det godt dokumentert at regelendringene 1. juli 2004, der det blant annet skulle fokuseres mer på graderte sykmeldinger, hadde stor effekt på legers sykmeldingspraksis og dermed på nasjonalt sykefravær.

Det finnes svært lite forskning på samarbeid mellom leger og andre aktører i sykmeldingsarbeidet, og særlig ser samarbeid mellom arbeidsgivere og leger ut til å være et ikke-tema i litteraturen. Som vi skal komme tilbake til i diskusjonen, er det naturlige grunner til dette.

### ***Ja, legene vet lite om virksomhetene***

Gjennomgangen av tidligere forskning viste at legene har lite kunnskap om den enkelte pasients arbeidsplass og jobbinnhold. Vi finner at det for den enkelte arbeidsgiver oppleves som vanskelig at legene ikke har god nok kunnskap om deres virksomhet eller bransje når de skal vurdere en sykmelding. Dette henger sammen med at arbeidsgiverne mener at legen ofte gjør feilvurderinger, og særlig at de sykmelder for ofte og for lenge om gangen. Legene bekrefter i stor grad at de mangler kunnskap om virksomhetene, og mener det er urealistisk at de skal ha en slik oversikt. Mange arbeidsgivere har høye forventninger til legenes kapasitet til å tilegne seg denne kunnskapen, mens andre har en bedre forståelse av legens kompetanseområde.

### ***Legene mener det tilrettelegges for lite***

Vi vet at mange arbeidsgivere strekker seg langt for å tilrettelegge for ansatte som får helseproblemer. Noen tilrettelegger for lite, mens andre tilrettelegger for mye - slik at andre ansatte får problemer. De fleste arbeidsgivere sier at de får til å tilrettelegge for noen, men at det finnes en grense for hvor mange som kan få tilrettelegging samtidig. Legene vi har intervjuet mener generelt at arbeidsgiverne tilrettelegger for lite, og at arbeidsgiverne i mange tilfeller synes det er bedre at NAV tar regningen, enn at de selv skal ta belastningen med å holde ansatte med lav produktivitet i arbeid og samtidig betale lønnen deres. I praksis er det altså opp til arbeidsgiveren å bestemme hvilken og hvor mye tilrettelegging som gjøres for den enkelte. Legene mener at arbeidsgiverne tilrettelegger for lite, men dette kan ha sammenheng med at det kanskje ikke er de som trenger det mest som får den beste tilretteleggingen. Legene har heller ikke god oversikt over hva som gjøres av tilrettelegging ute i virksomhetene, og ofte tilrettelegges det for at det ikke skal oppstå sykefravær.

### ***Funksjons- og arbeidsevnevurdering er vanskelig, pasienten bestemmer***

Forskning viser at leger generelt synes funksjonsvurdering og arbeidsevnevurdering er vanskelig, og kanskje kommer dette av at de i liten grad har formell opplæring på dette i legeutdanningen. Det har også sammenheng med at de i liten grad kjenner til hva som kreves på den enkeltes arbeidsplass. Dette gjør derfor at legene ofte er usikre i sykmeldingssaker, og at det i stor grad blir opp til pasienten om han eller hun skal sykmeldes eller ikke.

### ***Forventninger fra den ansatte/pasienten***

Det er naturlig å tenke at dersom legene skal være en reell portvakt for sykelønnsordningen, må kanskje legen ha bedre kort på hånden når en ansatt kommer til legen for å få en sykmelding, og legen ikke er enig i at det er medisinske årsaker til behovet for sykmeldingen. Gitt fastlegeordningen er det også nødvendig at alle legene får de samme reglene å forholde seg til, slik at det ikke er mulig å få sykmelding hos en annen lege om en ikke får det hos sin egen lege. Dette handler om forventninger til systemet, og legene føler at pasientene har sterke forventninger om å få en sykmelding om de føler de trenger det. Dette gjør at legen som enkeltperson må snu en nesten universell forventning til å få sykmelding i sitt møte med pasienten i en vanlig konsultasjon. Dette er en svært krevende oppgave, og synes nærmest umulig innenfor rammene for en konsultasjon.

### ***Fri flyt av helseinformasjon og diagnose***

Gjennom systemet som er bygget opp rundt oppfølging av sykmeldte, med oppfølgingsplaner, dialogmøter, tilretteleggingsplikt og ønske om å få til graderte sykmeldinger, ser det ut som helseopplysninger og diagnoseinformasjon flyter relativt lett mellom aktørene. Dette er betenkelig, og er sannsynligvis en uintendert konsekvens av det sterke fokuset på oppfølging av sykmeldte. Det bør nå gjøres en vurdering av om dette er en utvikling som er ønskelig, eller om det kan finnes måter å dempe behovet for helseinformasjon i det oppfølgingssystemet som er bygget opp. En kan tenke seg mange ulemper med en slik utvikling, særlig i forhold til de ansattes frykt for hvilke spørsmål de etter hvert må kunne svare arbeidsgiveren på, om arbeidsgiveren kan komme til å bruke denne kunnskapen mot dem på et senere tidspunkt, om andre ansatte og andre ledere kan få tilgang til denne informasjonen osv. At legen oppfordrer sine pasienter til åpenhet uten kanskje å tenke gjennom disse konsekvensene for den ansatte, er også betenkelig.

### ***Hva er alternativet til sykmelding?***

I visse tilfeller gis det sykmelding selv om det ikke er en medisinsk begrunnelse for det. Ofte kan behovet for å være borte fra jobben skyldes private forhold, som syke og pleietrengende foreldre, sosiale forhold, eller at det er andre i familie/omgangskrets som har behov for hjelp. Dette gir ikke rett til sykepenger. Typisk vil legen si at dette bør du kunne få velferdspermisjon for hos arbeidsgiveren din. Arbeidsgiverne innvilger velferdspermisjon i varierende grad, og den ansatte kan bli bedt om heller å gå til legen å få en sykmelding. Dette virker som en relativt vanlig situasjon ifølge våre informanter. Alternativet er da at den sykmeldte verken får velferdspermisjon eller sykmelding (betinget på at alle leger følger de samme reglene), og må mestre situasjonen med både jobb og andre krav. Belastningen kan bli for stor, og det oppstår et reelt behov for sykmelding og legen gjør rett i å gi sykmeldingen etter at belastningen har vart en stund og det utvikles helseproblemer, men altså ikke i forkant. Sett at legen vurderer at denne belastningen kommer til å bli for stor allerede ved første konsultasjon, og skriver ut en gradert sykmelding. Pasienten kan da unngå et langt sykefravær som skyldes overbelastning. Dette er reelle problemstillinger som i liten grad er diskutert i debatten rundt sykmeldingspraksis. I mange

typiske livsfaseproblemer, som belastning med omsorg for små barn, ungdomsproblematikk, skilsmisse osv., er det nettopp slike vurderinger legen må gjøre.

I andre tilfeller kan det være forhold på arbeidsplassen som er årsaken til at den ansatte går til legen og ber om en sykmelding. Legen vil i disse tilfellene vurdere helsekonsekvensene av å ikke sykmelde, og resultatet er i de fleste tilfeller at det innvilges en sykmelding. Legen vil kunne oppfordre den ansatte til å snakke skikkelig med lederen sin, ta kontakt med verneombudet, fagforeningen, bedriftshelsetjenesten, eller andre. Vi er foreløpig usikker på i hvor stor grad legene gir råd om slik kontakt til en sykmeldt, men det synes opplagt at det ikke kan forventes at legen skal gå inn i en konfliktsituasjon – selv om noen leger velger å ta kontakt med arbeidsgiver for å høre hva som foregår.

Det kan også være personlige forhold på arbeidsplassen som gjør at den ansatte ikke takler arbeidet sitt så bra for tiden, og at det utløser behov for fravær. Det kan være nye oppgaver som den ansatte ikke mestrer på tross av god opplæring, det kan være dårlig motivasjon og arbeidslyst generelt, vanskelige kunder/brukere, misnøye med avlønning etc. Dette er ikke forhold som gir sykmeldingsrett, men dette kan være bakenforliggende årsaker til at den ansatte ønsker sykmelding. Dette er typiske situasjoner der man kan si at dette er forhold som må avklares mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Legene har lite å stille opp med her, annet enn kanskje å prøve å snakke med pasienten for å få ham eller henne til å se saken fra flere sider. Og igjen – oppfordre til å snakke skikkelig med arbeidsgiveren. Kanskje skal også legen i større grad tørre å nevne jobbskifte for pasienter som har en slik arbeidssituasjon. De legene vi har diskutert dette med sier at de synes det er vanskelig å ta opp dette med pasienten, særlig når dette påvirker jobbsikkerhet og lønnsmuligheter.

### ***Regelendringene 1. juli 2011 gir et altfor byråkratisk system***

Det er flere forhold med regelendringene 1. juli 2011 som etter vår vurdering er uheldig. For det første ligger det ikke forskning til grunn som sier at det å flytte dialogmøtet fra uke 12 til uke 7, og la dette foregå uten at NAV er representert, vil ha effekt på sykefraværet eller sannsynligheten for å komme tidligere tilbake til jobb.

For det andre synes det lite gjennomtenkt at arbeidsgiverne skal ha makt og myndighet til å kalle inn legene til dialogmøter, uten at de har noen som helst kompetanse til å gjøre dette. Ifølge legene kommer det mange rare innkallinger, og det er ikke gitt noen retningslinjer for hvordan innkallingen skal skje eller når det skal innkalles til dialogmøte. Det ser ut til at mange arbeidsgivere kaller inn til dialogmøte med begrunnelsen at dersom de ikke gjør det, møtes de med sanksjoner fra NAV. Vi vet foreløpig ikke hvor omfattende dette er. Vi vet derimot at nesten to av tre virksomhetsledere mener de nye reglene har gjort sykefraværsoppfølgingen altfor byråkratisk (basert svar på spørreundersøkelse fra over 2500 virksomheter gjennomført i desember 2011/januar 2012). Dette er et tilfeldig utvalg av virksomheter som i 2009 var registrert som IA-virksomhet. Vi kan kanskje forvente at disse virksomhetene er mer positive enn andre virksomheter, slik at dette er et minimumsanslag.

Det er nå iverksatt et system med omfattende kontroll og sanksjoner rundt oppfølging av sykmeldte, uavhengig av diagnose og forløp. Dette synes overdrevet og basert på en tro om at det er omfattende overforbruk av sykefraværsordningen, og at aktørene ikke har intensjoner om å følge reglene. Vi er ikke overbevist om at dette gir gode løsninger, og foreløpig ser det ut til at "ting gjøres fordi de må gjøres – hvis ikke får vi sanksjoner mot oss" heller enn at ting gjøres fordi flere aktører er enige om at dette er en god tilnærming som de tror vil ha betydning.

At arbeidsgiverne skal sende oppfølgingsplanen til legene er også nytt fra 1. juli 2011. Dette kommer foreløpig på papir og passer dårlig med systemene på legekantorene. Det er ikke opplagt at planene benyttes i neste møte med pasienten, men dette er det godt mulig å finne løsninger på. Flere leger sier at planen burde kommet "med pasienten". Vi har foreløpig ikke grunnlag for å si noe om hvordan legene nyttiggjør informasjonen som kommer i de tilsendte oppfølgingsplanene.

Hovedutfordringen i forhold til sykmeldinger er kanskje at ulike aktører (arbeidstaker, arbeidsgiver, lege, NAV) sitter med ulik informasjon. En prøver nå å utligne denne asymmetrien i informasjonen med økt involvering av alle aktørene, slik at informasjonen skal bli mer symmetrisk. Det er kanskje i dette rommet mulighetene skapes, men det er også her byråkratiet vokser frem – særlig når en innfører sterke kontrollfunksjoner med tilhørende økonomiske sanksjoner.

De fastlegene som får til en god praksis rundt det nye regelverket forklarer at de tar dialogmøte på telefon og de bestemmer selv hvilke saker de går inn i. For eksempel at de tar kontakt med arbeidsplassen om det er noe de selv mener de kan bidra med. Å avklare med pasienten om legen skal innkalles til dialogmøte eller ikke, kan for eksempel enkelt hindre at arbeidsgiveren kaller inn legene. En annen faktor som kan være viktig for å få dette til å fungere, er at NAV-kontoret som har oppfølgingsansvaret (oppfølgingsteam/markedsteam) har stabilt personell, slik at det etter hvert utvikles et tillitsforhold mellom NAV og legene som gjør at det fungerer greit.

Vi ser altså noen uheldige effekter av regelendringene, men vi har ikke grunnlag for å si at regelendringene i seg selv er feil, og det er godt mulig de nye reglene fører til bedre oppfølging av sykmeldte. Det er mulig det handler om ordlyd og praktiseringen av reglene, og at det er det strenge kontroll- og sanksjonsregime som NAV er satt til å administrere som skaper vanskene. Flere har sagt at det er som å skyte spurv med kanon eller å bruke et alt for finmasket nett for å fange de store. Dette synes foreløpig å være en god beskrivelse av situasjonen.

Uavhengig av regelendringene 1. juli 2011, ser det ut til å være dårlig grunnlag for å forvente at det skal foregå massiv kommunikasjon mellom arbeidsgivere og leger om enkeltpersoner som blir sykmeldt.

### ***Store forventninger til kommunikasjon mellom leger og arbeidsgivere***

Regelendringene 1. juli 2011 lovfester et samarbeid mellom leger og arbeidsgivere. Med utgangspunkt i behovet fra arbeidsgiverne om å ha kontakt med legen som skriver ut sykmeldingene, ble det nå bestemt at arbeidsgiverne skulle kunne kalle inn legene til et dialogmøte på arbeidsplassen der arbeidsgiveren, arbeidstakere, bedriftshelsetjenesten og legen skulle møtes. Dette er ofte vanskelige møter for legene. At de skal sitte på en relativt uformell arena og være medisinsk sakkyndig er for mange en litt absurd oppgave. På dette møtet skal ikke NAV være representert, og legen skal dermed både støtte den ansatte/pasienten, og være portvakt for sykelønnsordningen – ikke bare i sine egne vurderinger, men også i forhold til arbeidsgivers og arbeidstakers krav og forventninger. I noen tilfeller kan dette fungere, men i andre tilfeller oppleves dette som en feil konstellasjon.

Det er flere grunner til at den forventede kommunikasjonen mellom arbeidsgiver/lege er utfordrende:

- Taushetsplikten til legen er sterk. De skal ikke uttale seg om pasienten til arbeidsgiveren, men de kan ta i mot informasjon.

- En lege har svært mange arbeidsgivere å forholde seg til. Dette er i seg selv uforenlig med arbeidsgivernes behov for at legen har god kunnskap om akkurat deres virksomhet, og at legen skal stå til disposisjon for sjefen til den enkelte sykmeldte.
- Arbeidsgivere har ikke kompetanse til å kalle inn til dialogmøte. De ringer gjerne dagen før møtet og forventer at legen kommer til virksomheten. Å oppdra alle arbeidsgivere er svært ressurskrevende, men det kan kanskje løses med bedre retningslinjer.
- Oppfølgingsplanene utarbeides fordi det må gjøres i følge loven, og planene gir ikke nødvendigvis noe informasjon som legen kan bruke i sin vurdering.
- Legekontorene har ikke noe system for å ta i mot oppfølgingsplaner og annen dokumentasjon fra arbeidsgivere. Dette kommer ofte i papirformat og kan dermed ikke lett legges inn i de elektroniske journalene. Dette er det sannsynligvis mulig å få til en praktisk løsning på.
- Dersom det foreligger uenighet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, er sannsynligvis ikke legen rette person til å gå inn i disse uenighetene.

Som arbeidstakere ønsker nok få av oss at arbeidsgiveren vår skal ta kontakt med legen vår. Det skaper utrygghet å vite at det foregår kommunikasjon rundt en selv, uten egen deltakelse.

I vanskelige tilfeller er det selvsagt viktig at legen deltar på dialogmøter for å bistå med en medisinsk vurdering og for å gi prognostisk informasjon. Problemet i dag er at legene innkalles til mange dialogmøter de ikke har anledning til å delta på, eller som de deltar på uten at det kommer noe særlig ut av møtene.

Det finnes helt sikkert leger som er for snare til å sykmelde, men det blir feil om det blir arbeidsgivernes oppgave å disiplinere legene. Det kan heller ikke være riktig at NAV skal disiplinere legene gjennom et omfattende kontrollsystem som fører til overbyråkratisering og mistenkeliggjøring av leger. Legene er en autonom profesjonsgruppe som det sannsynligvis er mer effektivt å samarbeide med enn å forsøke å disiplinere.

Evalueringen av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel som Fafo fullførte på slutten av 2011, viste at selv om ordningen med avventende sykmelding er lite brukt, vurderes det å være et potensiale for økt bruk. Kommunikasjonsfeltene i sykmeldingsblanketten er også lite brukt, men i følge spørreundersøkelsene som ble gjennomført av Fafo, ønsket alle aktører en økning i kommunikasjonen gjennom blanketten. Evalueringen foreslår å øke informasjonsmengden til alle aktører og å gi opplæringstiltak for legene i tillegg til at NAV må etterspørre bruk av kommunikasjonsfeltene og at "positive kommunikasjonsløyper må erstatte dagens negative sløyfer".

### ***En mulig løsning på differensiering av sykmeldinger som skal følges opp av NAV***

I dag får i praksis NAV oversendt alle sykmeldinger på samme måte. De må gjøre en sortering av disse i forhold til prioritering, tiltak og hvordan tiltakene skal iverksettes. I dag er det NAV som i stor grad gjør denne prioriteringen. Spørsmålet er om det er NAV som er best i stand til å gjøre disse vurderingene. Flere av våre respondenter mener den medisinske kompetansen i NAV må økes. Er dette en riktig utvikling, eller kan legene i større grad bidra til denne sorteringen, og dermed redusere dobbeltarbeid

med sykmeldingene? Sannsynligvis er fastlegene godt i stand til å vurdere hvilken type oppfølging den enkelte sykmeldte trenger, og kan for eksempel gi melding til NAV om dette er et tilfelle som går av seg selv uten behov for tiltak (hverken fra NAV eller andre), eller om dette er noe arbeidsgiveren bør kunne klare å tilrettelegge for (kanskje med bistand fra NAV). Dette er allerede forsøkt i et prosjekt i Larvik som kalles 1-2-3-4 (samarbeid mellom NAV lokalt, leger og NAV ALS) der legen på en enkel måte krysser av for 1, 2, 3 eller 4, der tallkoden viser følgende situasjon:

1. Kortvarig sykefravær, maks fire uker. NAV skal ikke foreta seg noe. Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.
2. Medisinske årsaker, legen følger opp. Legen skriver hvorfor det ikke kan være aktivitet, type behandling, lengde etc. NAV trenger ikke å foreta seg noe, kan bruke rådgivende lege mht. sykmeldingstid/behandling m.m. Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.
3. Arbeidsgiver tilrettelegger. Brukes i de tilfeller hvor legen mener at arbeidsgiver kan tilrettelegge og at dette vil føre til at personen kommer seg tilbake innen x antall uker. NAV trenger ikke foreta seg noe. Unik mulighet for til å hjelpe sine IA-bedrifter og til å rekruttere nye bedrifter til å tegne IA-avtale.
4. NAV må følge opp. Fastlegen er usikker på "hva dette egentlig er", eller om arbeidsgiver har mulighet for å følge opp godt nok. Personen bør bytte jobb pga. manglende muligheter for tilrettelegging, fordi det kan være konflikt, tiltak fra NAV osv. Krever en vesentlig endring av NAVs oppfølging, men som NAV Larvik er forberedt på, og mener er helt nødvendig og riktig.

Denne tilnærmingen ser ut til å løse mange av de utfordringene med dagens system som blir belyst og drøftet i denne rapporten. En vil særlig utnytte legens kompetanse i å vurdere hva som bør skje videre. I dagens system er det fastlegen som i størst grad har kjennskap til pasientens helsetilstand og livssituasjon, men de har i liten grad mulighet til å sende pasienten videre utenfor helsevesenet når de ser behov for at noen andre må gjøre en vurdering eller sette i verk tiltak. Det er helt sikkert sider ved en slik løsning som må diskuteres nærmere, men en slik løsning vil innebære en ansvarliggjøring av legene i forhold til å vurdere hva som skjer videre.

NAV Arbeidslivssenter (NAV ALS) har over mange år utviklet god kompetanse som bør kunne brukes om man får til en sortering eller differensiering av sykmeldingene. NAV ALS har sterk virksomhetskompetanse og kan gå inn i virksomheter der det er behov. De har et godt rykte blant virksomhetene i mange områder av landet, og de vil kunne samarbeide med NAV lokalt, Arbeidstilsynet, bedriftshelsetjenesten og andre relevante aktører.

Arbeidsgiverne vil fortsatt ha behov for kontakt med legene, og legene bør derfor i større grad benytte avventende sykmelding, gradering av sykmeldingene og ikke minst bør de fylle ut punkt fem på sykmeldingsblanketten. Dette kan også få legen til å bli mer bevisst arbeidsgivernes behov, uten at en kanskje trenger å skrive annet enn forventet varighet på helseproblemene. Om legen får mulighet til å bruke et system som 1-2-3-4 eller liknende i sin kommunikasjon med NAV, og dette følges opp av NAV,

så vil det i mindre grad komme gjengangere med stadige behov for nye sykmeldinger. Sakene kan få en løsning. Der det er behov, og legen føler han eller hun har noe å bidra med, bør legen delta på dialogmøte. Arbeidsgiverne på sin side bør kommunisere med legen gjennom feltet på baksiden av del C av sykmeldingsblanketten. Dette er en ryddig form for kommunikasjon, der pasienten er til stede og ser hva som skrives. Om ikke legene møter arbeidsgivernes behov for denne kommunikasjonen, må de forvente fortsatt stort behov fra arbeidsgiverne om kontakt med legen som sykmelder deres ansatte. Diskusjon om hvilke helseopplysninger som gis direkte og indirekte via denne kommunikasjonen, bør diskuteres på et høyere nivå.

### ***Avsluttende kommentar – de gode intensjonene***

Gjennom dette prosjektet har vi blant annet sett på forslagene fra "Ekspertutvalget for sykefravær" som vinteren 2010 anbefalte bruk av graderte sykmeldinger som hovedregel, og innføring av delfinansiering av langtidsfraværet fra arbeidsgiverne dersom de ikke får til å tilrettelegge for minst 20 prosent friskmelding. Vi konkluderer med at gradering av sykmeldingene er et godt tiltak i utgangspunktet, og vil føre til en bedre bruk av arbeidskraftsressursene i mange tilfeller. Potensielt kan det hindre at mennesker faller ut av arbeidslivet. Det ser imidlertid ikke ut til at ekspertutvalget har vurdert konsekvensene på arbeidsplassene i tilstrekkelig grad. Mange arbeidsgivere har store utfordringer med å få til effektiv tilrettelegging og bruk av graderte sykmeldinger, og dette handler om mangel på produktive oppgaver og at dette gir økonomiske konsekvenser for arbeidsgiver (må leie inn vikar uansett). Det er store forskjeller mellom næringer i andel av sykefraværstilfellene som er gradert, og det er tydelig enklere for noen (kontorarbeid med selvstendige arbeidsoppgaver) enn for andre (der oppgavene må gjøres til faste tider). Dette betyr at en medfinansiering basert på om de får til tilrettelegging, vil ramme næringene skjeft. Privat sektor ligger har lavest andel av sykmeldingene gradert, og dette henger i stor grad sammen med mangel på produktive oppgaver og økonomiske konsekvenser av tilrettelegging. Vi finner ikke belegg for å si at det er stor uvilje mot tilrettelegging blant arbeidsgiverne, eller at dette er noe som forklarer variasjonen i graderingsandelen mellom næringene. Forsøk på disiplinering gjennom økt arbeidsgiver-finansiering vil derfor kunne ha større negative konsekvenser (ekskludering) enn positive (økt forebyggingsinnsats).

Det er også grunn til å ta debatten om det store fokuset på sykefravær er riktig i dagens arbeidsmarked, der hovedutfordringen fremover er mangel på arbeidskraft. Målet for myndighetene og partene i arbeidslivet burde heller være å skape og opprettholde gode, trygge og lønnsomme arbeidsplasser fremfor å ha et overdrevet stort fokus på et sykefravær som sannsynligvis i liten grad skyldes dårlige holdninger hos arbeidsgivere og arbeidstakere. Tiltak som iverksettes i stor skala, må være mye bedre fundert enn de er i dag. Det må være samsvar mellom det man vil oppnå med tiltaket og hvilke konsekvenser tiltaket får. Gradering er for eksempel lettest å få til og er mest brukt i lederyrker og akademiske yrker, men dersom målet er å redusere antallet som faller ut av arbeidslivet, er det ikke i disse yrkesgruppene faren for frafall er størst.



# Innhold

<b>SAMMENDRAG OG HOVEDFUNN</b>	<b>3</b>
<b>1 INNLEDNING</b>	<b>25</b>
1.1 Bakgrunn	25
1.2 Problemstillinger som skal belyses	26
1.3 Godkjenninger fra NSD og REK	27
1.4 Rapportens innhold	28
<b>2 FAKTA OM SYSSELSETTING, SYKEFRAVÆR OG GRADERING</b>	<b>29</b>
2.1 Datagrunnlag	29
2.2 Grafisk fremstilling av utvikling siste ti år	30
2.3 Empiriske analyser	67
2.4 Oppsummering	71
<b>3 OPPFØLGING, GRADERING OG TILRETTELEGGING</b>	<b>73</b>
3.1 Bakgrunn	73
3.2 Regler for oppfølging av sykmeldte	74
3.3 Forskning på graderte sykmeldinger og tilrettelegging	78
3.4 Graderte sykmeldinger – på godt og vondt	88
3.5 Sammendrag, diskusjon og konklusjon	116
<b>4 HOLDNINGER TIL SYKEFRAVÆR OG GRADERTE SYKMELDINGER</b>	<b>125</b>
4.1 Innledning	125
4.2 Tidligere forskning	129
4.3 Våre informanters holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger	142
4.4 Sammendrag, diskusjon og konklusjon	155
<b>5 ARBEIDSGIVERE OG LEGER</b>	<b>159</b>
5.1 Innledning	159
5.2 Tidligere forskning	160
5.3 Arbeidsgivers forventninger til lege/sykmelder	169
5.4 Legens opplevelse av sykmelderrollen	190
5.5 Sammendrag, diskusjon og konklusjon	209
<b>6 BEDRIFTSELSETJENESTENS ROLLE I OPPFØLGINGEN AV SYKMELDTE</b>	<b>217</b>
6.1 Innledning og problemstillinger	217
6.2 Tidligere forskning med relevans for våre problemstillinger	219

6.3	Intervjuer med virksomheter fra ulike næringer	221
6.4	Virksomheters bruk av bedriftshelsetjeneste: Hva sier regelverket?	222
6.5	I hvilken grad brukes bedriftshelsetjenesten og er virksomhetene fornøyd? Illustrert med spørreskjemadata fra forrige IA-evaluering	224
6.6	Hvilke BHT-tjenester benytter virksomhetene? Illustrert med spørreskjemadata fra pågående evaluering av IA-avtalen og protokollen	227
6.7	Resultater fra intervjuene	229
6.8	Oppsummering	244

## **MULIGHETER OG UTFORDRINGER MED GRADERING AV SYKMELDTE: CASEEKSEMPLER FRA NORSK ARBEIDSLIV**

**245**

## **REFERANSER**

**251**

## **VEDLEGG I: DATAGRUNNLAG OG METODE**

**259**

## **VEDLEGG II: TABELLER OG FIGURER FOR DETALJERTE NÆRINGSKATEGORIER**

**267**

---

JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE	267
BERGVERKSDRIFT	271
INDUSTRI	276
ELEKTRISITET-, VANN OG RENOVASJON	289
BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET	293
VAREHANDEL, REPARASJON AV MOTORVOGNER	300
TRANSPORT OG LAGRING	309
OVERNATTINGS- OG SERVERINGSVIRKSOMHET	316
INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON	320
FINANSIERINGS- OG FORSIKRINGSVIRKSOMHET	324
EIENDOMSDRIFT, TEKNISK TJENESTEYTING	328
FORRETNINGSMESSIG TJENESTEYTING	335
OFF. ADM., FORSVAR, SOSIALFORSIKRING	339
UNDERVISNING	343
HELSE- OG SOSIALTJENESTER	347
PRIVATE TJENESTER ELLERS	354

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

De siste par årene har det vært mye fokus på gradert sykemelding, særlig etter at Ekspertutvalget for sykefravær<sup>1</sup> gjorde følgende vurdering:

"Ekspertgruppen anser at et markert skifte fra full til gradert sykmelding er hensiktsmessig ut fra fire hensyn:

1. *For de dominerende helseproblemene blant sykmeldte er aktivitet vanligvis mer helse- og rehabiliteringsfremmende enn det passivitet vil være. Helsefremmende aktivitet kan for de fleste oppnås gjennom fortsatt arbeid i deltid (eller fulltid).*
2. *Fortsatt kontakt med arbeidsplassen ved utnyttelse av gjenværende arbeidsevne forebygger varig utstøtning fra arbeidsplassen, og ivaretar derved et av IA-avtalens øvrige formål.*
3. *Tidlig fokus på rett og plikt til utnyttelse av individuell arbeidsevne vil kunne bidra til å avdekke eventuelle arbeidsmiljøproblemer på arbeidsplassen, til å fremme inkludering, og til å framtinge nødvendige forbedringer og tilretteleggingsbehov i tide.*
4. *Krav om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger, og dermed styrke legitimiteten til sykelønnsordningen."*

[Rapport fra Ekspertutvalget for sykefravær 1. februar 2010, s 8]

Som følge av dette står det i "Protokoll mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen" fra 24. februar 2010, blant annet at:

*Det er behov for å legge større vekt på aktivitet, nærværarbeid og oppfølging for å begrense sykefraværet. Sykmelderne bør i samråd med den enkelte sykmeldte vektlegge arbeidsevne og aktivitet for i størst mulig grad ta i bruk gradert sykmelding. Aktivitet hos den enkelte arbeidstaker skal vektlegges.*

Det understrekes at arbeidsgiver må tilrettelegge arbeidet for den enkelte sykmeldte og at arbeidstaker må bidra gjennom medvirkning og oppfølging av aktivitetsplikten.

At en økning i bruken av graderte sykemeldinger skal gi lavere sykefravær, er nærmest en matematisk sannhet. Alt annet likt, vil en økning i antall sykemeldinger som er gradert – føre til en tilsvarende reduksjon i totale antall sykefraværsdager og dermed reduksjon i sykefraværsprosenten. Betingelsen er at ikke antall sykefraværstilfeller og lengden på sykefraværstilfellene endres som følge av graderingen.

---

<sup>1</sup> Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevnte 27. november 2009 en faglig ekspertgruppe for å vurdere mulige administrative tiltak som kunne redusere sykefraværet.

## 1.2 Problemstillinger som skal belyses

Hva sier tidligere forskning om:

- Gradering, tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte
- Holdninger til sykefravær og gradering
- Legens rolle i sykmeldingsarbeidet
- BHT sin rolle i sykmeldingsarbeidet

Gradering av sykmeldinger:

- Hvordan har utviklingen vært i andel graderte sykmeldinger av alle sykefraværstilfeller/dager vært de siste 10 årene?
- Hvilke virksomhetstyper/bransjer/næringer/sektorer har en høy andel graderte sykemeldinger?
- Hvem er det som typisk får gradert sykmelding? (kjønn, alder, utdanning, yrke)
- Om forskjeller finnes, hvorfor?

Arbeidsgivers muligheter og utfordringer i forhold til tilrettelegging:

- Hva kjennetegner virksomheter som synes at tilrettelegging fungerer godt?
- Hva kjennetegner virksomheter som sliter med å finne oppgaver for sykmeldte?
- Skyldes mange på gradering og tilrettelegging dårlige holdninger hos arbeidsgiverne?

Arbeidstaker/Sykmeldte muligheter og utfordringer i forhold til tilrettelegging:

- Hvordan opplever kolleger av de som har tilrettelagt arbeid egen arbeidssituasjon?
- Har de som arbeider med tilrettelagt arbeid en produktiv verdi på arbeidsplassen?
- Skyldes utviklingen i sykefraværet dårlige holdninger hos arbeidstakere?

Arbeidsgivere og leger:

- Hvilke forventninger har arbeidsgivere til kontakt med legene?
- Hvordan vurderer leger arbeidsmuligheter?
- Hvilke muligheter har leger til å nekte pasienten sykmelding?
- Hvordan fungerer kommunikasjonen mellom lege og arbeidsgiver?
- Bedriftshelsetjenesten (BHT):

Hvilken rolle har BHT i virksomhetenes oppfølging av sykmeldte?

- Hvordan opplever virksomhetene BHTs bidrag?

- I hvilken grad har IA-avtalen og endrede regler for oppfølging av sykmeldte bidratt til å endre virksomhetenes behov for og bruk av BHT?
- Finnes det eksempler der BHT har bistått i arbeidet med å få til gradert/delvis sykmelding?

Prosjektet skal også svare på:

- Når en sykmelding graderes, vil den tiden den ansatte er på jobb være vanlig effektiv arbeidstid?
- Hvilke konsekvenser ville forslaget fra "Ekspertutvalget for sykefravær" om at arbeidsgiver skulle delfinansiere sykefraværet dersom de ikke fikk til gradert sykmelding hatt for norsk arbeidsliv?

For å besvare disse spørsmålene benytter vi et bredt spekter av informasjonskilder:

- Tidligere forskning
- Registerdata fra NAV og SSB
- Intervjuer med virksomheter (ledere og ansatte)
- Spørreundersøkelser til virksomheter (ledere og ansatte)

Noen av problemstillingene analyseres grundig og vi kommer frem til klare konklusjoner, mens andre punkt belyses mer enn de kan analyseres. Prosjektet legger et godt grunnlag for videre forskning og kunnskapsutvikling av mange forhold i norsk arbeidsliv. Rapporten må også ses i sammenheng med andre rapporter fra samme forskningsgruppe og særlig den pågående nasjonale evalueringen av IA-avtalen.

### 1.3 Godkjenninger fra NSD og REK

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Prosjektnummer: 26036). Dette innebærer bl.a. at det er gitt tillatelse til å benytte alle de datakildene som er brukt i prosjektet. Prosjektet er også godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt). Kravet om å melde inn prosjektet til REK midt var knyttet til at intervjudata fra sykmeldte skulle inngå som en del av datagrunnlaget i prosjektet, og at dette er en type intervjuer der sensitive opplysninger knyttet til helse og sykdom vil kunne komme fram.

Vi starter med å gå gjennom kunnskapsgrunnlaget for satsningen på gradering av sykmeldinger som et viktig tiltak for å redusere sykefraværet, og vi søker å identifisere hvilke muligheter og barrierer som finnes for å øke bruken av graderte sykmeldinger ute i virksomhetene.

## 1.4 Rapportens innhold

I kapittel to går vi gjennom fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering. Dette kapittelet er basert på omfattende registerdata fra SSB og NAV de siste ti år. Kapittelet er todelt: Først presenteres en rekke grafiske fremstillinger på tema som sysselsettingsutvikling, sykefravær og gradering. Vi presenterer nivå og utvikling fordelt på kjønn, ulike yrkesgrupper, utdanningsgrupper, sektor og næringer. I den andre delen av kapittel to gjør vi empiriske analyser av omfattende celle-datasett for detaljerte næringskoder for å undersøke sammenhengen mellom graderingsandel og sykefraværspersent.

I kapittel tre går vi over til temaene oppfølging, gradering og tilrettelegging. Etter en innledning med gjennomgang av dagens regler for oppfølging av sykmeldte går vi gjennom tidligere forskning på området. Deretter går vi over til å presentere vårt eget datagrunnlag fra intervju og spørreskjema, før vi avslutter med et sammendrag av funnene, diskusjon av viktige punkter og hva vi konkluderer med. Dette kapittelet handler mye om arbeidsgiveres holdninger til oppfølging, gradering og tilrettelegging.

I kapittel fire ser vi nærmere på holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger. Etter definering av begrepene går vi gjennom debattinnspill og tidligere forskning på holdninger og arbeidsmoral. Deretter går vi gjennom eget datagrunnlag fra intervjuer og spørreskjema og setter dette i sammenheng med det som er gjort tidligere på feltet. Vi ser også på om det er målbare holdningsforskjeller mellom næringer, før vi oppsummerer og konkluderer.

Kapittel fem tar for seg samarbeid mellom leger og arbeidsgivere. Vi går gjennom tidligere forskning om legers sykmeldingspraksis, holdninger til oppgavene m.m. før vi ser på det empiriske datagrunnlaget vårt. Her bruker vi informasjon fra intervju med både arbeidsgivere og leger og fra spørreundersøkelser til virksomheter. Til sist i kapittelet kommer en sammendrags- og diskusjonsdel der vi også har noen forslag til hva som bør gjøres for å få til en bedre ramme for dette samarbeidet.

I kapittel seks tar vi opp bedriftshelsetjenesten (BHT) som aktør i sykefraværarbeidet. Vi ser på hva regelverket sier om bruk av bedriftshelsetjenester og samler tidligere forskning på feltet. Vi belyser noen problemstillinger knyttet til virksomhetens bruk av BHT og om de bidrar til å øke graderingsandelen. Problemstillingene belyses med en rekke intervjuer fra virksomheter og noen fra BHT, samt en spørreskjemaundersøkelse til virksomheter.

Til slutt presenterer vi noen av virksomhetene vi har vært inne i for å gi et bedre bilde av mulighetene og utfordringene med gradering av sykmeldte. Dette er lagt til kapittel syv og det er inkludert en virksomhet fra hver av de følgende næringene: Hotell- og restaurant, bygg- og anlegg, transport, renhold, industri, servicenæring, undervisning, pleie- og omsorg.

Rapporten inneholder to vedlegg: Vedlegg I viser datagrunnlag og metode, mens vedlegg II inneholder tabeller og figurer for detaljerte næringskategorier om antall ansatte, kjønns sammensetning, sykefravær og gradering de siste ti årene.

# 2 Fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering

## 2.1 Datagrunnlag

Det er innhentet et omfattende datagrunnlag i dette prosjektet. SSB har levert data til oss og tallgrunnlaget kommer fra NAV og SSB og inkluderer alle ansatte i Norge, med noen svært få unntak.<sup>2</sup>

Vi benytter celle-datasett for sektor, næring, yrkesgrupper og utdanningsgrupper. For hver av disse fire datasettene har vi følgende variabler:

1. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager totalt
2. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager som er gradert (0-20%)
3. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager som er gradert (21-49%)
4. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager som er gradert (50%)
5. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager som er gradert (51-70%)
6. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager som er gradert (71-99%)
7. Antall sykefraværstilfeller og antall sykefraværsdager som er gradert (100%) [Full sykmelding]
8. Antall avtalte dagsverk
9. Antall hovedarbeidsforhold
10. Antall hoved- + biarbeidsforhold
11. Antall ansatte

For alle variablene har vi fordeling på 10 aldersgrupper og på kjønn. Data inneholder ikke informasjon om egenmeldt sykefravær, kun legemeldt. Det er kun legemeldt sykefravær som kan graderes, så i denne rapporten er ikke egenmeldt sykefravær særlig relevant.

Særlig er registerdatasettene for næring omfattende, fordi vi har data på 5-sifret næringsnivå (NACE kode) som før omstrukturering inneholder flere millioner observasjoner. Pga. skifte i næringskoder i perioden (NACE94, NACE02 og NACE07) har det vært nødvendig å skrive et program som koder om nye og gamle næringskoder for å få sammenhengende tidsserier. Dette er gjort på 5-sifret kodenivå.

En rekke figurer og tabeller for detaljerte næringskoder ligger i vedlegget til rapporten.

---

<sup>2</sup> Populasjonen er arbeidstakere 16-69 år som har et aktivt arbeidsforhold registrert i AA-registeret og som er registrert bosatt i Norge. Arbeidstakere med arbeidsforhold av svært kort varighet eller med avtalt arbeidstid mindre enn fire timer i uken samt selvstendig næringsdrivende, faller utenfor populasjonen.

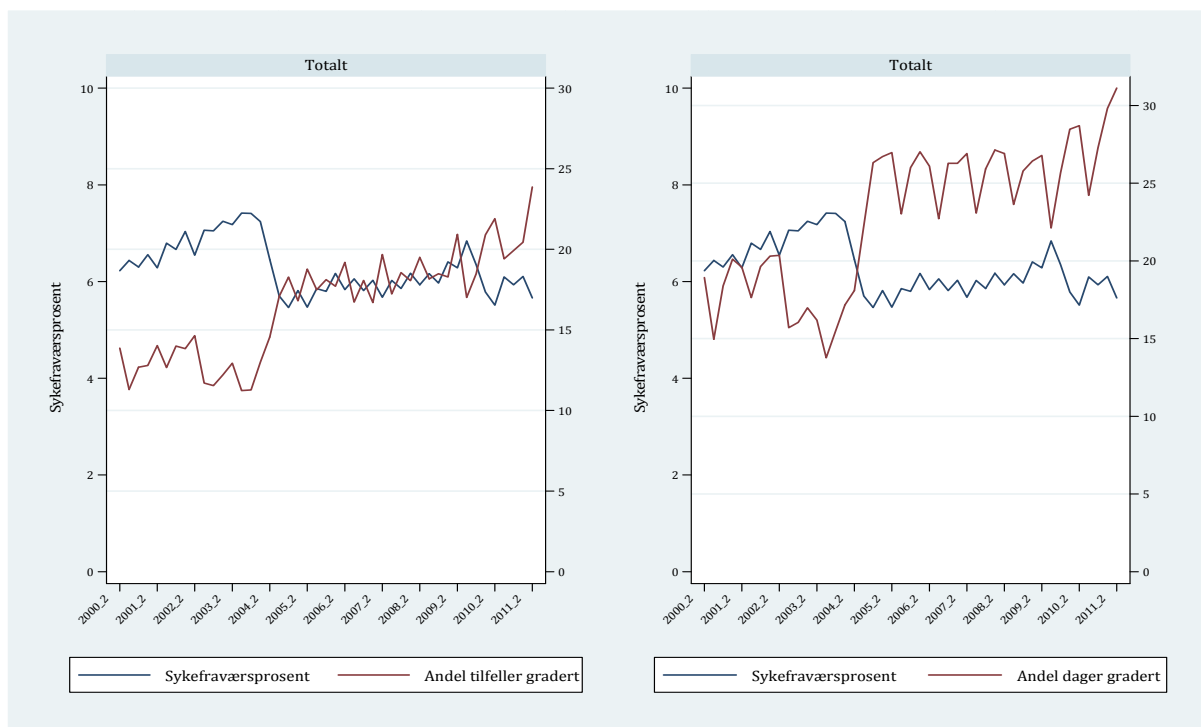
## 2.2 Grafisk fremstilling av utvikling siste ti år

I den grafiske fremstillingen gjør vi følgende grupperinger av arbeidstakerne:

- Nasjonale totaltall (inkludert grafisk illustrasjon av korrelasjon iht. regelendringer i 2004)
- Kjønn
- Alder
- Sektor
- Utdanning
- Yrke
- Næring

### 2.2.1 Nasjonale tall

Som nevnt innledningsvis er sammenhengen mellom gradering og sykefraværnivå nærmest matematiske sammenhenger. Dette vises tydelig i figur 2.1 der vi har illustrert sykefraværprosenten (målt på venstre y-akse) og andel av sykepengedagene og sykepengetilfellene som er gradert (målt på høyre y-akse). Som det fremkommer av de fleste figurene, er det sterk kvartalsvariasjon i sykefraværet og i sysselsettingen.



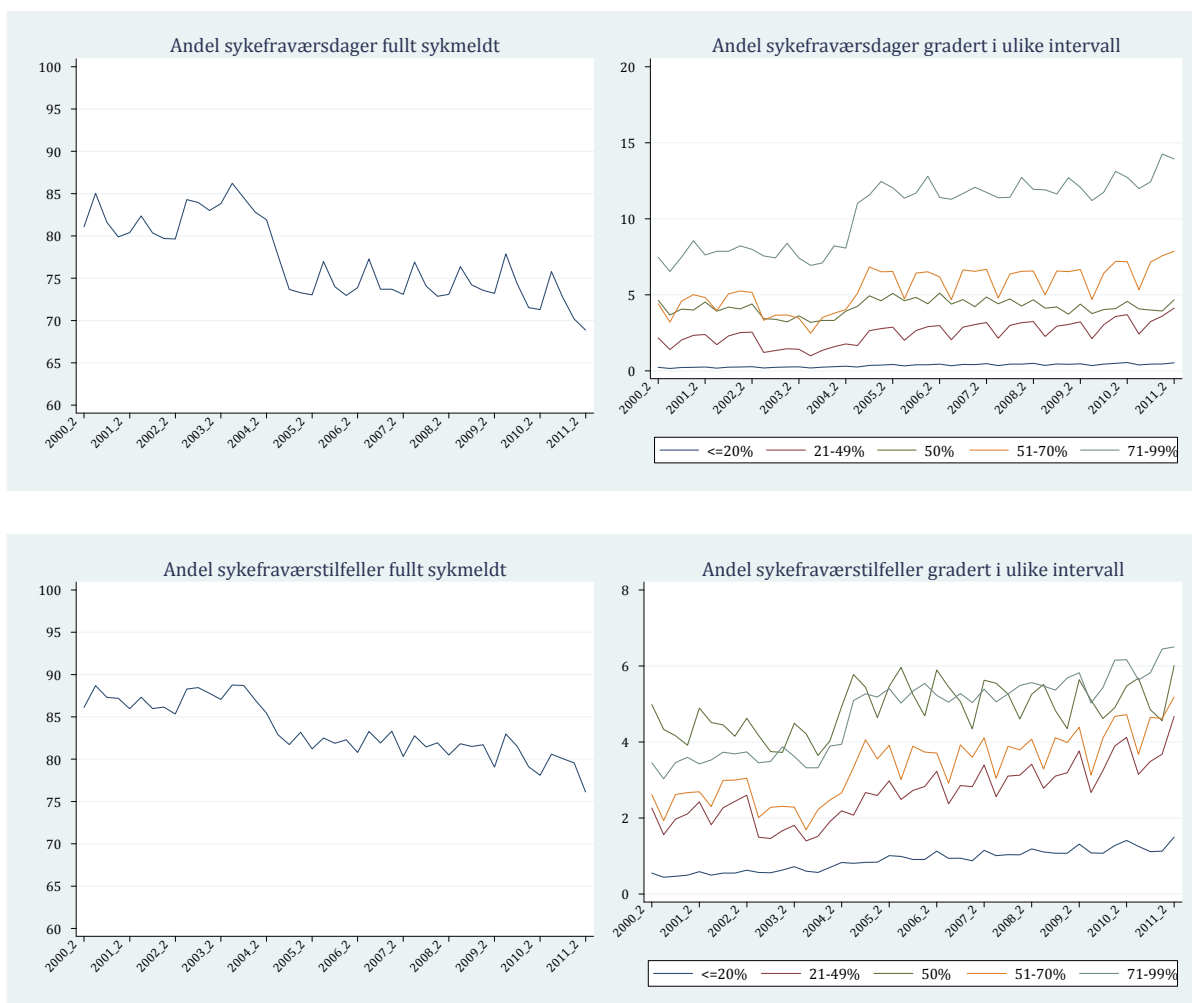
**Figur 2.1** Utvikling i sykefraværprosent, andel av sykepengedagsverkene gradert og andel av sykepengetilfellene gradert, 2000\_2-2011\_2.

Den sterke økningen i graderingsandelen i 2004 etter regelendringene 1. juli 2004 faller sammen med en sterk nedgang i sykefraværet. Vi kommer tilbake til dette i neste avsnitt.



I 2011 andre kvartal er over 30 prosent av sykepengedagene gradert, mens nær 25 prosent av alle sykepengetilfellene er gradert.

I figur 2.2 viser vi utviklingen i ulike graderingsandeler samme periode.

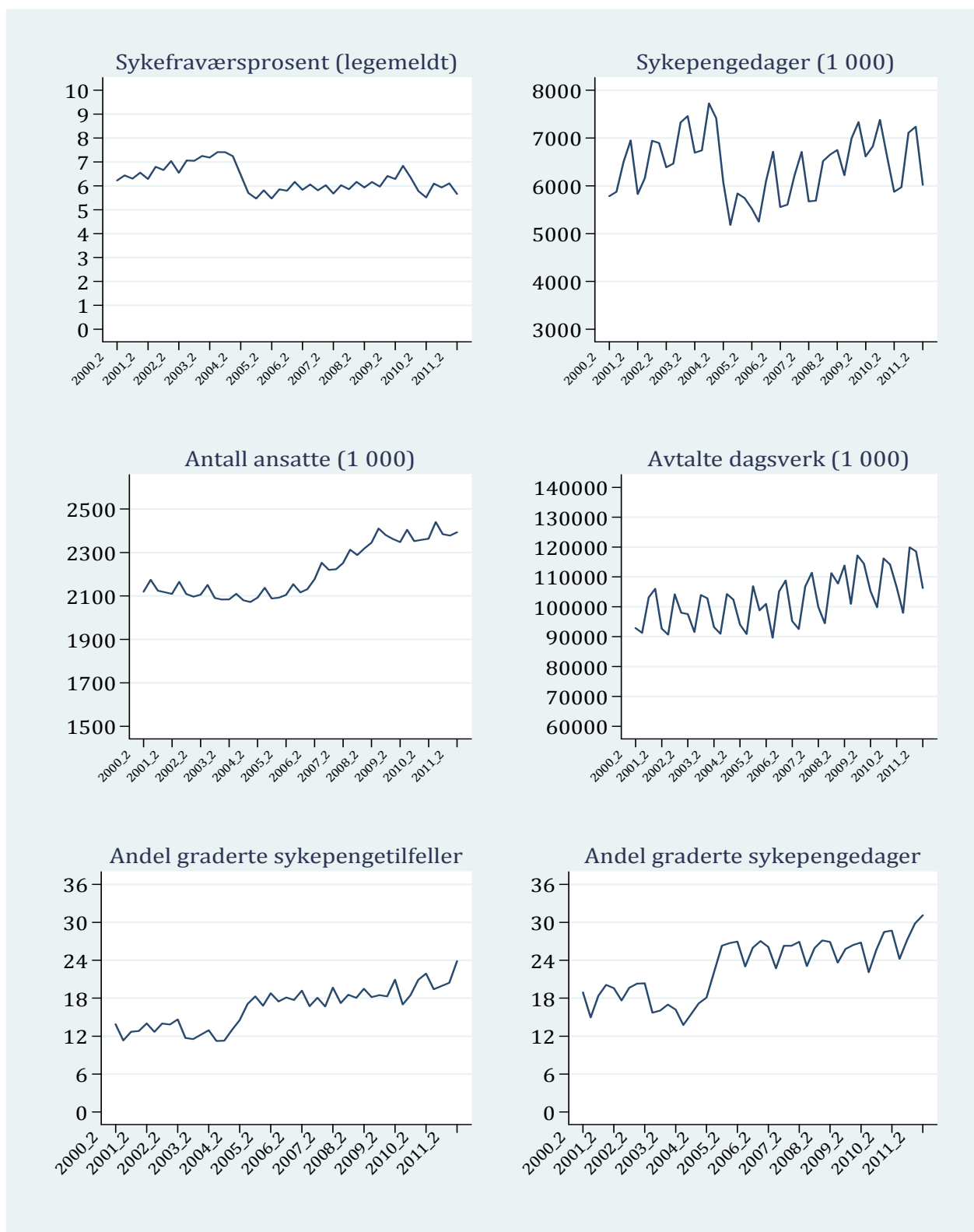


**Figur 2.2** Utvikling i andel av sykefraværst dagene og andel sykefraværst tilfeller som er fulltidssykmeldinger, 2000\_2-2011\_2.

Generelt er kan vi dele de siste 11 årene inn i tre perioder. Før 2003, 2003-2005 og etter 2005. Når vi ser på andel dager som er gradert i lav sykmeldingsandel (20% sykmeldt) ser vi at denne er stabil i perioden med en marginal økning i perioden. Andel av tilfellene som er lavt gradert øker jevnt ut over perioden, mens det er mer stabilt i 50 % andelen den siste perioden. Sykefraværstprosenten beregnes ut fra hvor mange sykmeldingsdager det er totalt, dvs antall dager full sykmelding og antall dager i hvert av graderingsintervallene av alle avtalte dagsverk. Bildet blir da at sykmelding i høyest graderingsandel (71-99 % sykmeldt) utgjør et stadig økende bidrag til sykefraværstprosenten (fra 8 prosent i 2004 til 14 prosent i 2011), mens de andre graderingsintervallene ligger mer stabilt i bidrag til sykefraværstprosenten.

Før vi ser nærmere på det som skjedde i 2004, ser vi på utviklingen i flere variabler samtidig. Figur 2.3 viser utvikling i nasjonale tall i sykefraværstprosent, antall sykefraværst dager, antall ansatte, antall avtalte dagsverk, andel graderte sykefraværst tilfeller og andel graderte sykefraværst dager. Vi bruker her

begrepene sykefraværsgener og sykepengedager om hverandre. Dette er altså ikke bare sykefravær som dekkes av folketrygden, men også de som arbeidsgiver betaler. Sykepengedager brukes her fordi fraværsgenerene gir rett til sykepenger.

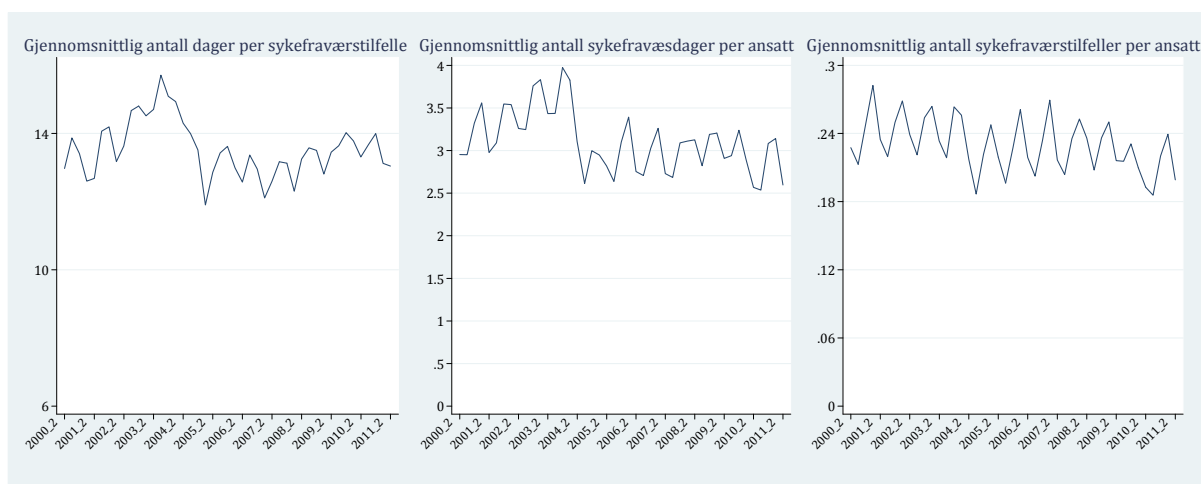


Figur 2.3 Nasjonale tall 2000\_2-2011\_2, totalt

Figur 2.3 viser at antall sykepengedager øker relativt sterkt særlig siden 2004, og dette har tidvis ført til politiske bekymringer. Årsaken til denne økningen finner vi i den nest øverste figuren til venstre, som viser at veksten i sysselsettingen i denne perioden er sterk. I figuren ved siden av ser vi også at antall mulige dagsverk har økt tilsvarende.

Den nederste delen av figuren viser veksten i andel tilfeller som er gradert og andel dager som er gradert og vi ser at veksten er sterkere i andel dager enn i antall tilfeller.

Det er også interessant å se på endring i gjennomsnittlig varighet i det totale sykefraværet (antall sykefraværsdager per tilfelle) og hvor mange sykefraværsdager hver ansatt har i gjennomsnitt. Vi viser dette i figur 2.4.



**Figur 2.4 Antall sykefraværsdager per sykefraværstilfelle, antall sykefraværsdager per ansatt og antall sykefraværstilfeller per ansatt, 2000\_2-2011\_2**

Som vi så i figur 2.3 var det en sterk nedgang i sykefraværsprosenten i 2003/2004. Dette faller sammen med en sterk nedgang i lengden på sykefraværstilfellene (til venstre i figur 2.4), men mindre markant nedgang i antall sykefraværstilfeller målt i forhold til antall sysselsatte. Siden vi har kvartalsinformasjon kan vi undersøke når denne nedgangen kom mer nøyaktig. Vi gjør dette i neste avsnitt.

## 2.2.2 Regelendring 1. juli 2004

Flere har sett på effekten av endringene i reglene 1. juli 2004 som blant annet innebar at det skulle fokuseres på gradert sykmelding i mye større grad enn tidligere. Analyser gjort av RTV/NAV (RTV-rapport nr. 05/2006, RTV-rapport nr. 06/2006 og NAV-rapport 3/2007 –Kann og Brage, 2007) viser at endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. De fant at legene sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepenger. Endringene i deres praksis i hvor raskt pasientene ble friskmeldt (dvs. kortere sykmeldinger) kom samtidig som regelendringene, mens endringene i antall fravær og graderte sykepenger kom mer gradvis og startet tidligere på året. Gjennom hele år 2004 finner de at det var en betydelig økning i bruken av graderte sykepenger. Senere er det funnet at de sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeidslivet, nettopp fordi langvarig sykefravær gir økt risiko for å falle ut av arbeidslivet. Legene selv rapporterte også om

økt bruk av graderte sykepenger etter 1. juli 2004. En av fire leger skrev ut kortere sykefravær, og en av fem skrev ut færre sykmeldinger og hadde mer kontakt med arbeidsgiverne til sine pasienter.

Gjennom analyser av registerdata er det funnet at reformen førte til en reduksjon i sykefraværet på rundt 20 prosent (Markussen, 2009). Reduksjon i antall tilfeller beregnes å forårsake 1/3 av endringen, mens 2/3 skyldes redusert varighet på sykefraværstilfellene. De sykmeldte kom derfor tidligere tilbake til jobb enn før. Nedgangen i antall tilfeller kommer noen måneder før selve regelendringen, og forfatteren forklarer dette med det fokuset som var på det høye sykefraværet på den tiden, og tolker dette også som en reformeffekt. Reduksjonen i sykefraværet som følge av regelendringene finnes i liten grad å variere mellom aldersgrupper eller mellom arbeidstakere med ulik tilknytning til arbeidslivet (ibid).

Som figurene foran har vist, er det et tydelig fall i sykefraværsprosenten i 2003-2004 samtidig som det er en sterk økning i bruken av graderte sykmeldinger.

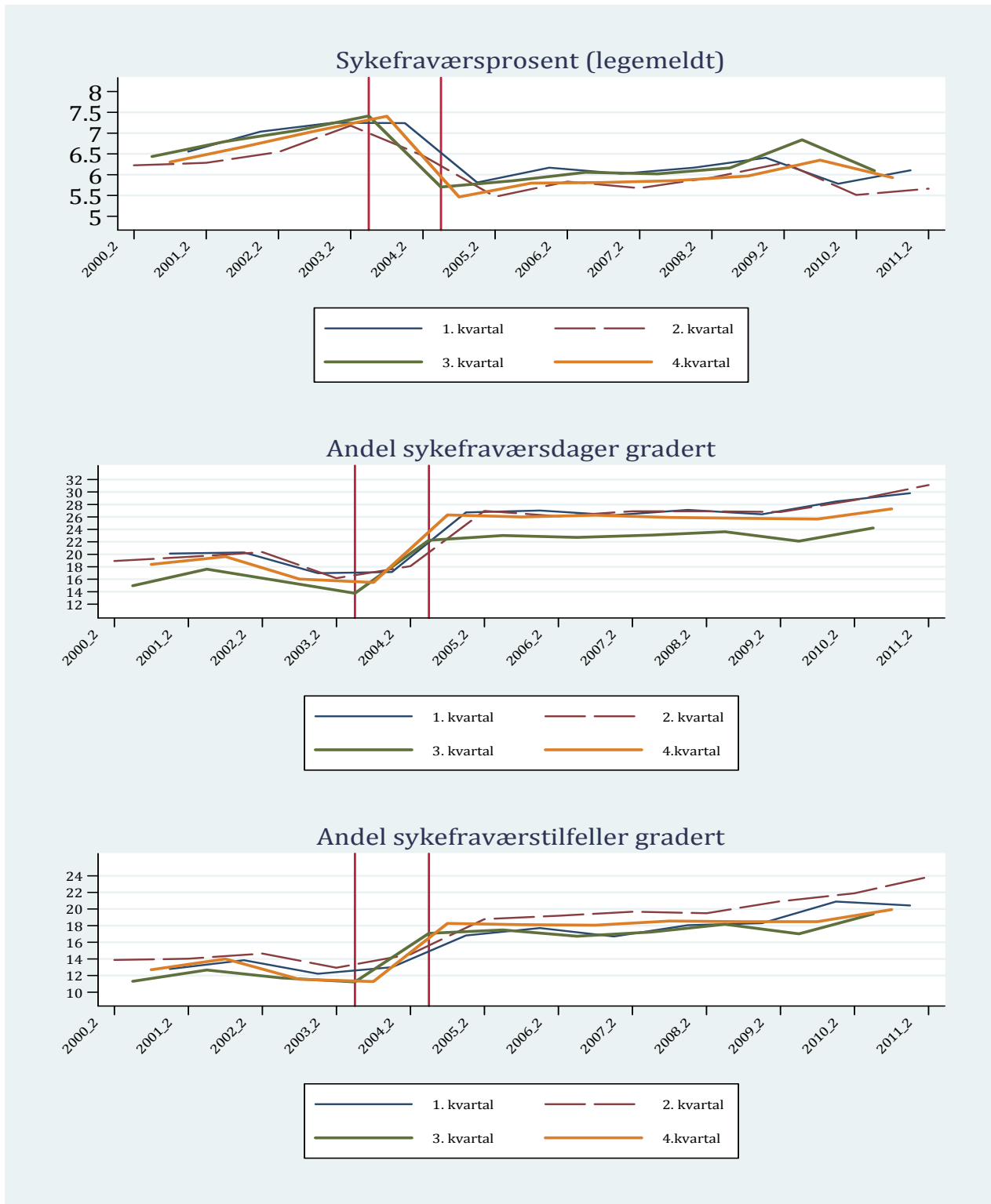
Øverst i figur 2.5 ser vi at andre og fjerde kvartal stort sett ligger lavest i sykefraværsprosenten i nasjonale tall. Kvartalsvariasjonen skyldes en kombinasjon av kvartalsvariasjon i sykefraværsdager og kvartalsvariasjon i mulige dagsverk. Kvartalsvariasjonen for noen yrkesgrupper er større enn andre, feks vet vi at det sterk kvartalsvariasjon blant kvinnelige lærere og barnehageansatte.

Fra øverste del av figur 2.5, ser vi at nedgangen i legemeldt sykefraværsprosent startet andre kvartal 2004 og fortsatte med en sterkere nedgang tredje og fjerde kvartal samme år og mens vi i første kvartal ser en sterk nedgang først i 2005. Fra første kvartal 2003 til første kvartal 2004 var det ingen endring i sykefraværsprosenten.

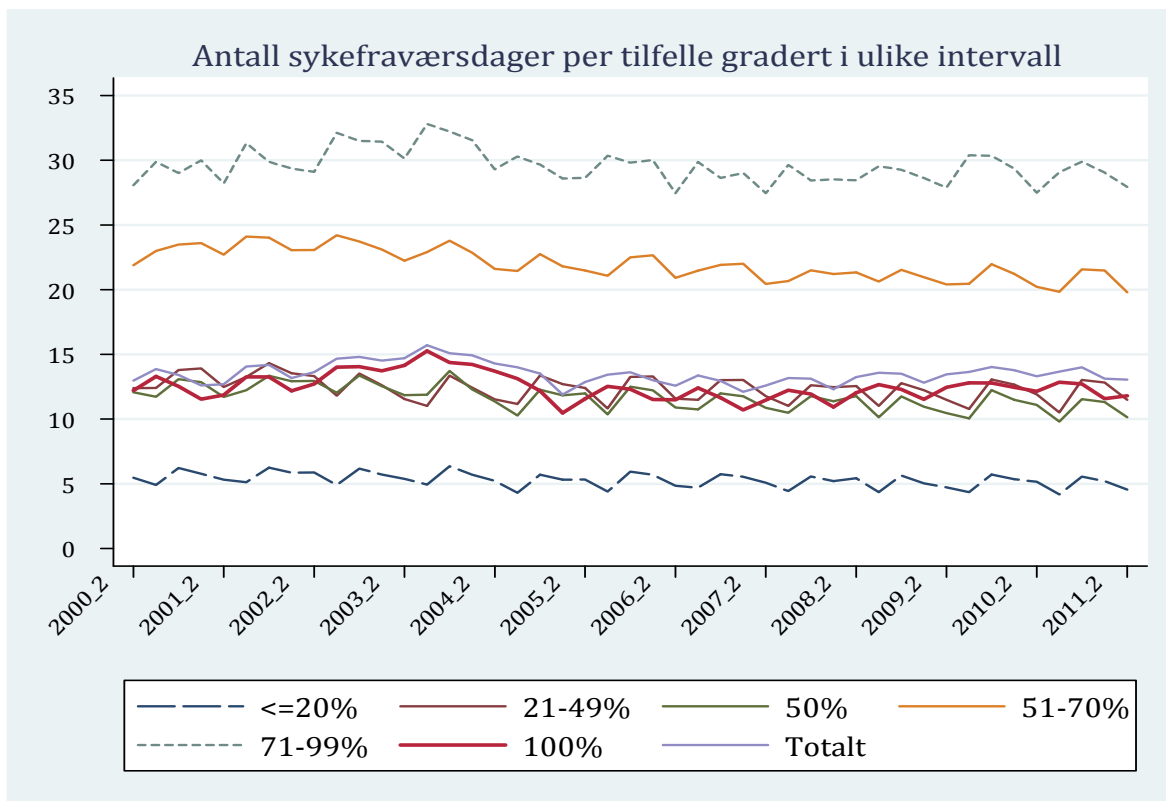
I midterste og nederste del av figuren ser vi det samme mønsteret når vi ser på andel dager og tilfeller som er gradert. Det var ingen særlig økning i graderingsandelen første og andre kvartal 2004, men i tredje kvartal da regelendringene ble innført (1. juli 2004) ser vi en sterk økning i andel dager og tilfeller som var gradert.

Vi kan også se på hvor mange dager i gjennomsnitt sykefraværstilfellene varer innenfor hvert av graderingsintervallene. Dette er vist i figur 2.6.

Som vist i figur 2.6 er det stor forskjell i gjennomsnittslengde på sykefraværet i ulike graderingsintervall. Mens ett tilfelle der de sykmeldte er 80% frisk og 20% sykmeldt, ser vi at lengden er omtrent fem dager i kvartalet. For sykefraværstilfeller som er 20-50 prosent gradert, er lengden ca 10-15 dager. For de som er 71-99 prosent sykmeldt er lengden i underkant av 30 dager i kvartalet. Det er altså her tilfellene med lengst varighet finnes. Varighet regnes her som antall dager sykmeldt, justert for stillingsandel, graderingsandel og ferie. De som er 100 prosent sykmeldt har gjennomsnittlig varighet på linje med tilfellene som er 20-50 prosent sykmeldt. Det er altså ikke slik at de med 100 prosent sykmelding er de med det lengst varighet. Lengden på tilfellene i alle graderingsintervallene går noe ned utover i perioden, men som vi ser er det de fulle sykmeldingene som har sterkest reduksjon i 2003-2004 perioden. Dette tilsier at reduksjonen i sykefraværet i denne perioden kom både av økt gradering, men også fordi lengden på de som var 100 prosent sykmeldt gikk betydelig ned.



Figur 2.5 Sykefraværspersent, andel graderte dager og tilfeller fordelt på kvartal, 2000-2011. Vertikal linje i 2003\_3 og 2004\_3.



**Figur 2.6 Gjennomsnittlig lengde på sykefraværstilfellene innenfor hvert graderingsintervall, 2000\_2-2011\_2.**

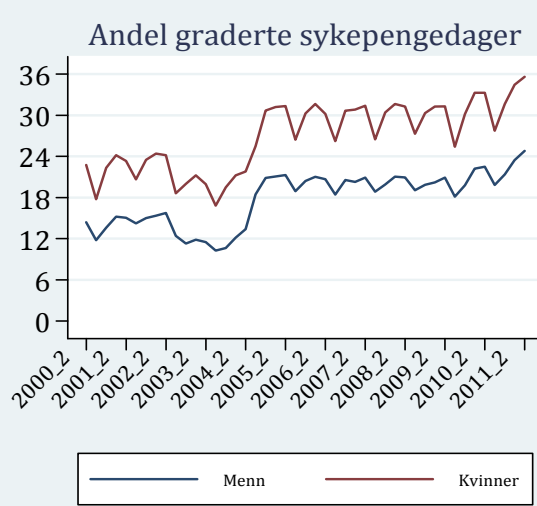
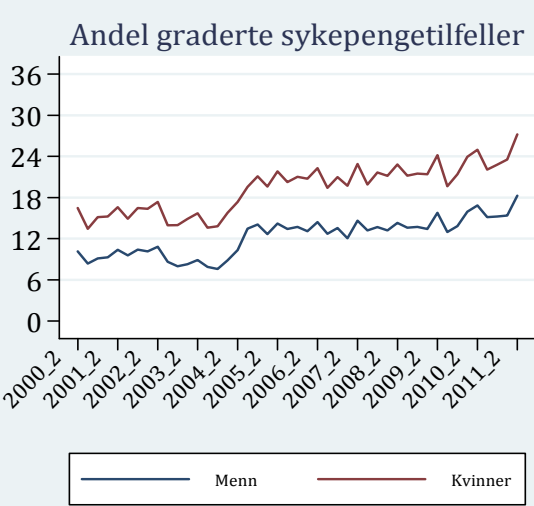
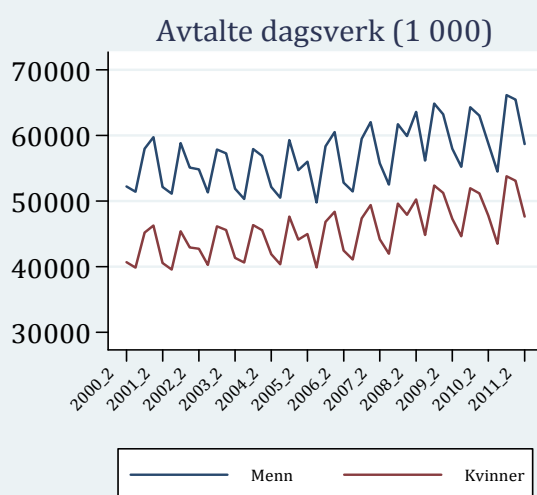
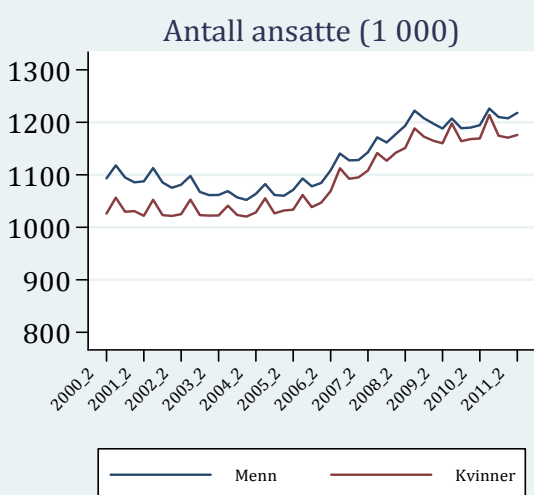
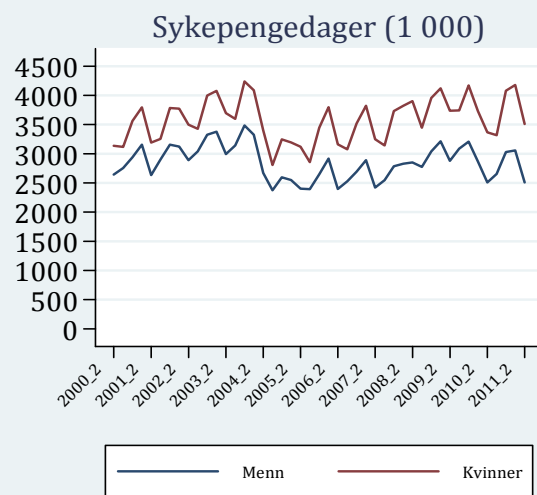
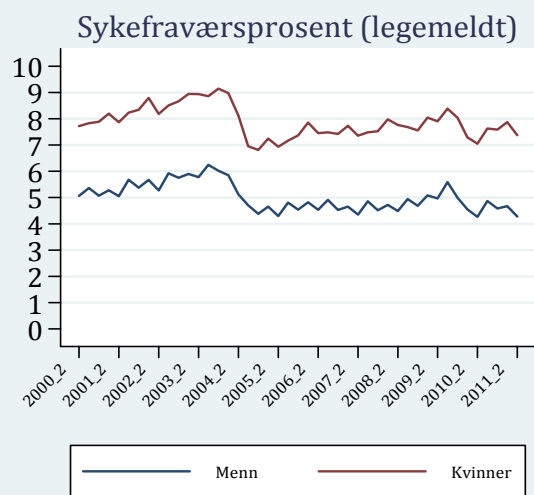
Fordi lengden på fulltidssykmeldingene går ned, kan det tenkes at de som ellers ville ha fått et langt 100 % sykefravær ble gitt gradert sykmelding slik at lengden på fulltidssykmeldingene gikk ned. Vårt datagrunnlag gir ikke rom for å se nærmere på dette.

Vi går videre med å se på kjønnsforskjeller i sysselsetting, sykefravær og graderingsandel.

### 2.2.3 Kjønn

Som vist i figur 2.7 er det ikke svært sterk økning i legemeldt sykefraværsprosent for kvinner i forhold til for menn. Det er tendenser til at fraværet øker mer blant kvinner enn blant menn de siste årene, men det er ikke en dramatisk utvikling i sykefraværet for kvinner som det av og til kan høres ut som. Figuren øverst til høyre, viser at antall sykepengedager øker mer for kvinner enn for menn, men som vist i midten til venstre, skyldes dette en sterkere vekst i sysselsettingen blant kvinner enn blant menn. Det samme ser vi i utviklingen i antall avtalte dagsverk.

Som vist nederst i figuren har kvinner en mye større andel av sykefraværet gradert. Kjønnsforskjellene er relativt stabile, men det er tendenser til at graderingen øker mer for kvinner enn for menn siden midten av 2000 tallet.



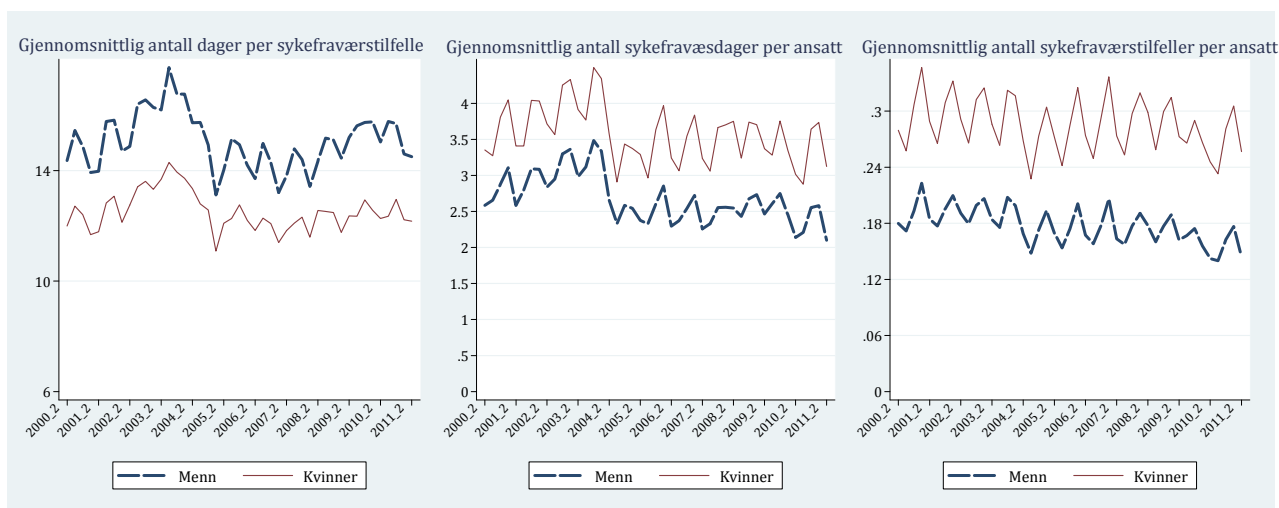
Figur 2.7 Nasjonale tall 2000\_2-2011\_2, kjønn

Vi ser videre på utvikling i kjønnsforskjeller i gjennomsnittlig lengde på hvert sykefraværstilfelle og fordeling av dager og tilfeller per ansatt, se figur 2.8.

Menn har altså betydelig lenger sykefravær enn kvinner, men har betydelig færre tilfeller og dermed færre dager totalt i forhold til antall avtalte dagsverk (sykefraværspersent).

Menn har om i gjennomsnitt om lag 20 prosent lenger sykefravær enn kvinner og forskjellen ligger noe høyere i årene 2009 og 2010 (28 prosent høyere i tredje kvartal 2010), men er nå tilbake på 20 prosent. Menn ligger 25-30 prosent lavere enn kvinner på antall dager per ansatt og 35-40 prosent lavere i antall tilfeller per ansatt. Trenden er nedadgående og dette betyr at selv om lengden på sykefraværene er relativt konstant mellom menn og kvinner, går andel tilfeller mer ned for menn enn for kvinner. Dette gjør at sykefraværspersenten (og antall sykefraværsdager per ansatt) går mer ned for menn enn for kvinner.

Vi finner altså stabilitet i kjønnsforskjellen i lengden på sykefraværstilfellene, men antall tilfeller går mer ned for menn enn for kvinner.



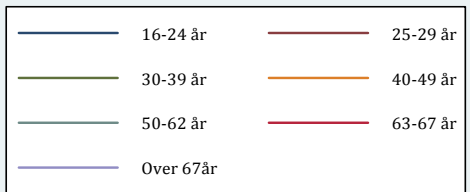
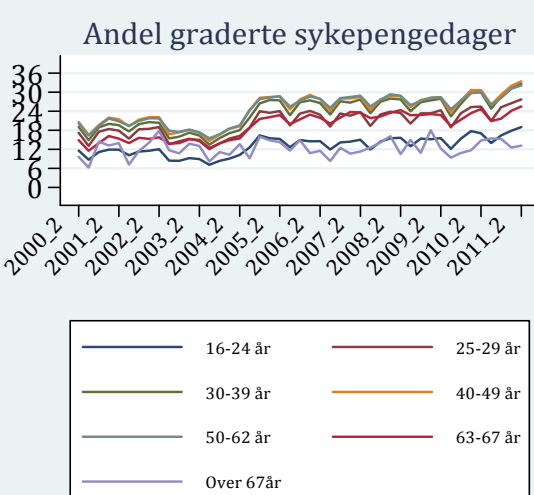
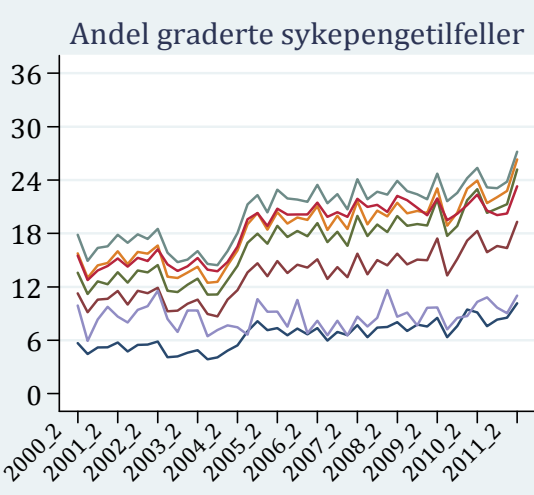
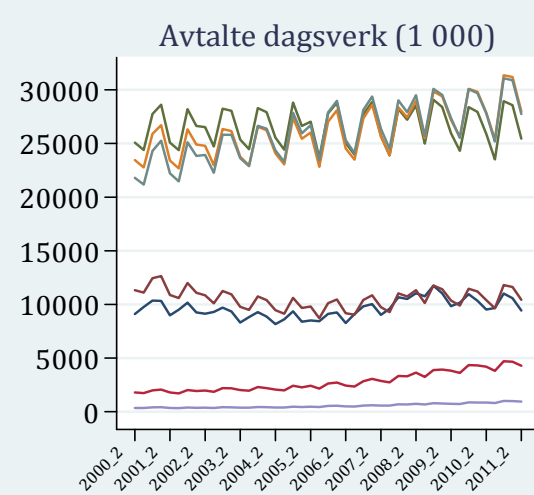
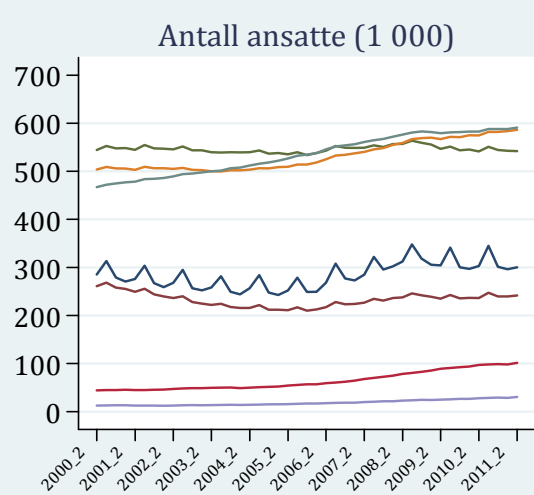
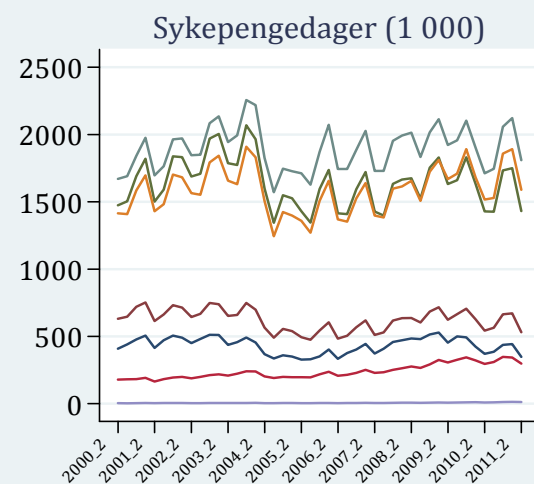
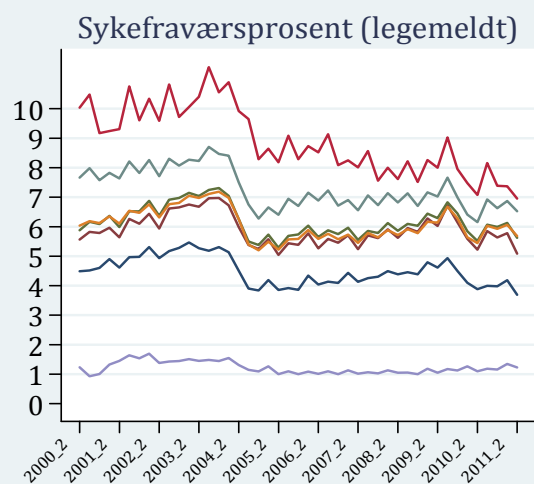
**Figur 2.8** Utvikling i antall dager per tilfelle, dager per ansatt og tilfeller per ansatt, kjønn, 2000\_2-2011\_2

## 2.2.4 Alder

De nasjonale tallene fordelt på ulike aldersgrupper er vist i figur 2.9. Øverst ligger aldersgruppen 63-67 år. Vi ser at det er denne gruppen som har hatt den sterkeste nedgangen i sykefraværet i perioden. Dette kan for eksempel tolkes som at det er flere i denne aldersgruppen med helseproblemer som har gått av med Afp i denne perioden. Nest øverst ligger gruppen 50-62 år og her følger utviklingen mer de andre aldersgruppene. Hele gruppen 25-49 år ligger svært likt i nivå og utvikling i legemeldt sykefraværet gjennom hele perioden.

De som fortsatt er i arbeidslivet etter 67 år er en spesiell gruppe, og de har svært lavt sykefravær. Her er det opplagte seleksjonseffekter, ved at det er de friskeste som fortsetter å jobbe etter fylkte 67 år. De yngste (16-24 år) har det laveste sykefraværet med unntak av de over 67 år.



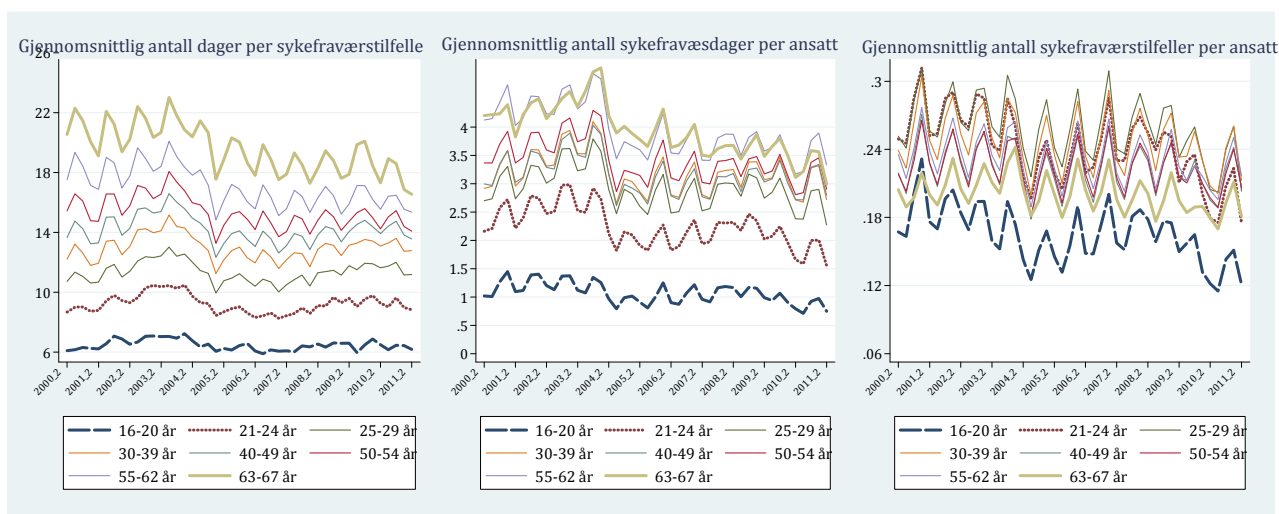


Figur 2.9 Nasjonale tall 2000\_2-2011\_2, alder

Fra figuren øverst til høyre ser vi videre at det er aldersgruppen 50-62 år som står for de fleste av sykepengedagene og at det er økning i de fleste aldersgruppene. Dette uttrykker naturlig nok veksten i sysselsettingen for alle aldersgruppene, muligens med unntak av 30 -39 åringer som ser ut til å være den aldersgruppen med lavest vekst i sysselsettingen de siste fem årene. Dette reflekterer sannsynligvis kun demografi og utdanningsmønster.

Forskjellen i andel av sykefraværsgene som er gradert innenfor de ulike aldersgruppene over tid er relativt stabil, og vi ser nederst i figur 2.9 at alle aldersgruppene var med i økningen som var i 2004. Av denne figuren ser vi også at aldersgruppen 21-24 år ligger lavt på andel graderte tilfeller i forhold til sine nærliggende aldersgrupper. Lavest nivå av andel graderte er i de aldersgruppene vi finner de aller eldste og de aller yngste.

I figur 2.10 ser vi på varighet av tilfellene og gjennomsnittlig antall dager og tilfeller per ansatt.

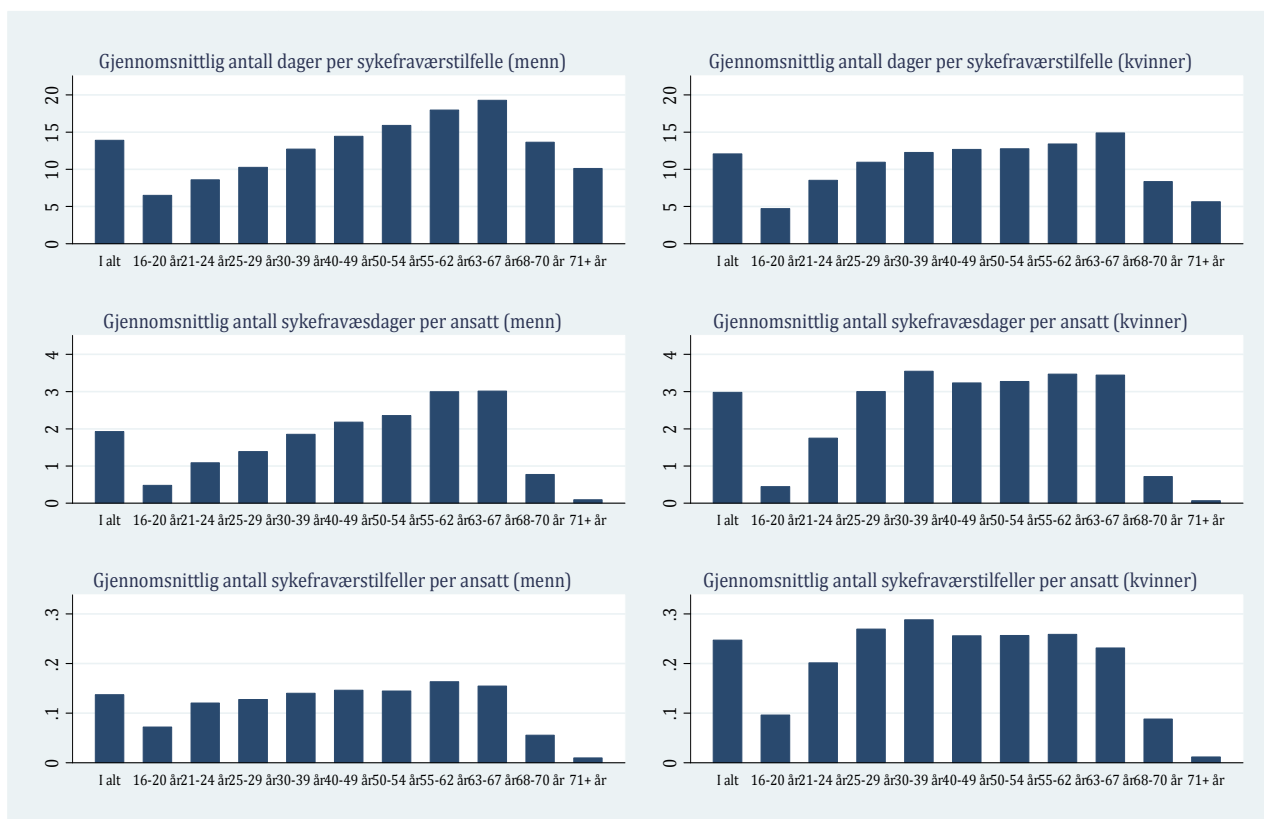


**Figur 2.10 Utvikling i antall dager per tilfelle, dager per ansatt og tilfeller per ansatt, alder, 2000\_2-2011\_2**

Her ser vi først og fremst at det er relativt stabile forskjeller over tid. Vi kan derfor gjøre forskjellene tydeligere ved å se kun på ett kvartal (tverrsnitt) og vi velger siste kvartal vi har data for, 2. kvartal 2011.

I figur 2.11 bruker vi en noe finere aldersinndeling og kombinerer informasjon om både kjønn og alder. Vi ser særlig at forskjellen mellom ulike aldersgrupper er mye sterkere blant menn enn blant kvinner. Det samme ser vi i gjennomsnittlig antall sykefraværsgene per ansatt og delvis i antall tilfeller per ansatt ved at antall øker mer systematisk med alder for menn enn for kvinner. For kvinner er det tydelig at antallet øker sterkt fra de yngste og opp til 30 år, men er etter dette relativt stabilt.

Naturlig nok er de øverste aldersgruppene ikke sammenliknbare med de lavere aldersgruppene pga seleksjonseffekter. Jo høyere aldersgruppe, jo flere er det som faller fra. Det er de som har helseproblemer som i størst grad går ut av arbeidslivet, slik at det er naturlig at de som blir igjen har bedre helse og dermed lavere sykefravær. Det er få som fortsetter i arbeidslivet etter de er 67 år uten at de har helse til det.



Figur 2.11 Utvikling i antall dager per tilfelle, dager per ansatt og tilfeller per ansatt, alder, 2011\_2

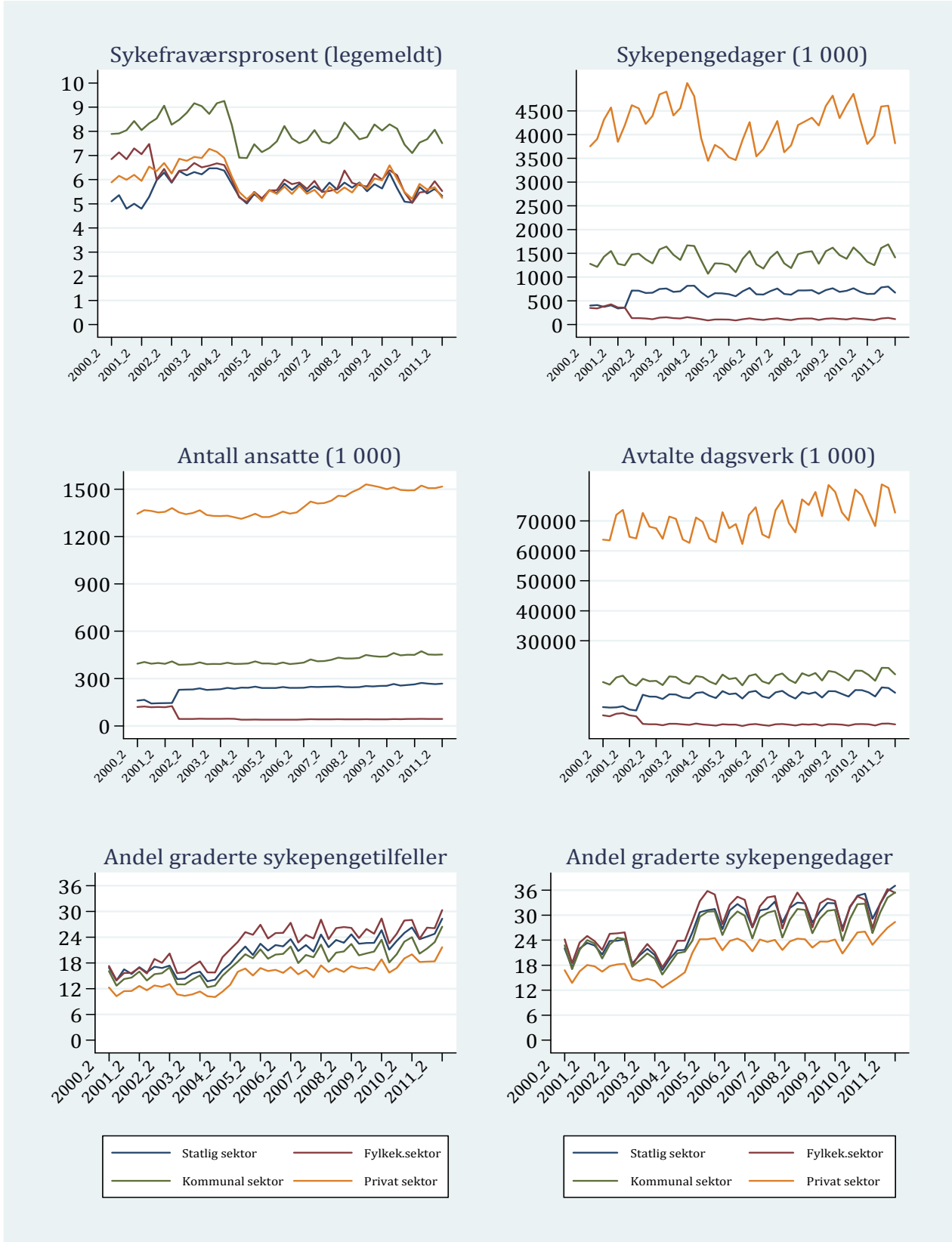
## 2.2.5 Sektor

Sektorer er her definert som:

- Statlig sektor (sektorgrupper 110-190)
- Fylkeskommunal sektor (510)
- Kommunal sektor (550)
- Privat sektor (resten av sektorkodene)

Som vist i figur 2.12 er det små forskjeller mellom sektorer i legemeldt sykefraværsprosent med unntak av kommunal sektor der sykefraværet ligger jevnt omlag 2-3 prosentpoeng høyere enn de andre sektorene. Som vi ser har foretaksreformen/sykehusreformen bidratt til lavere sektorforskjeller i sykefraværet ved at fraværet i fylkeskommunal sektor gikk ned tilsvarende som statlig sektor økte da sykehusene skiftet sektor.

Privat sektor lå over statlig og fylkeskommunal sektor i perioden 2001-2004, men ligger nå jevnt med de andre. Dersom det er graderingen som forårsaker nedgangen i sykefraværet i 2003-2004 forventer vi at økningen i graderingen var større i privat sektor enn i fylkeskommunal og statlig sektor.

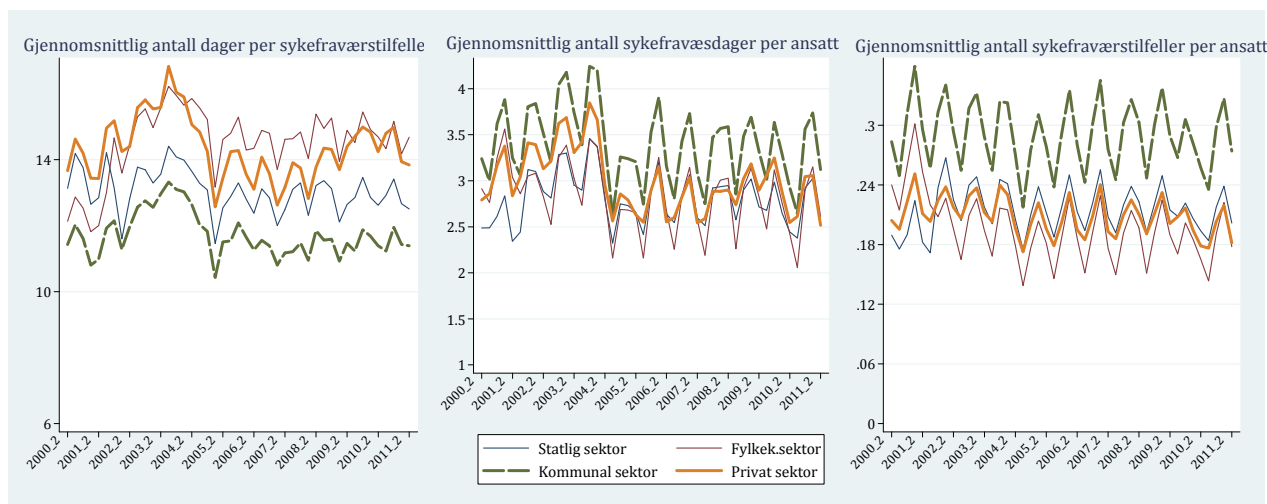


**Figur 2.12 Nasjonale tall 2000\_2-2011\_2, sektor**

Fordi 70 prosent av arbeidstakerne har jobber i privat sektor, utgjør sykepengedagene fra privat sektor selvsagt en høy andel av de totale sykepengedagene. Veksten i sysselsetting og i sykepengedager kommer særlig i privat og i kommunal sektor. Det er opplagt slik at når sysselsettingen øker i

kommunal sektor, vil dette bety en økning i det totale fraværet som ikke skyldes dårligere arbeidsmoral eller annet. Det er derfor sektorsammensetningen som gjør at sykefraværet øker svakt i perioden. Og som det er vist i vedlegget, kommer denne økningen i sysselsettingen i helse og sosiale tjenester, der sykefraværet tradisjonelt er høyest.

Nederst i figur 2.12 ser vi at graderingsandelen er høyest i fylkeskommunal sektor, deretter i statlig sektor og så kommunal sektor. Absolutt lavest, betydelig under de andre sektorene i graderingsandel, ligger privat sektor. Som vi skal vise i neste kapittel, kan dette handle om tilretteleggingsmuligheter og kostnadene dette medfører. Vi ser en økning på slutten av perioden i alle sektorer, også i privat sektor.



**Figur 2.13 Utvikling i antall dager per tilfelle, dager per ansatt og tilfeller per ansatt, sektor, 2000\_2-2011\_2**

Vi ser fra figur 2.13 at det er kommunal sektor som har den laveste gjennomsnittslengden på sykefraværet. Det er altså i større grad hyppige og korte sykefravær i denne sektoren enn i de andre sektorene. Antall dager og tilfeller per ansatt er høyest i kommunal sektor, mens fylkeskommunene ligger lavest per ansatt, men altså høyest i gjennomsnittslengden på sykefraværet.

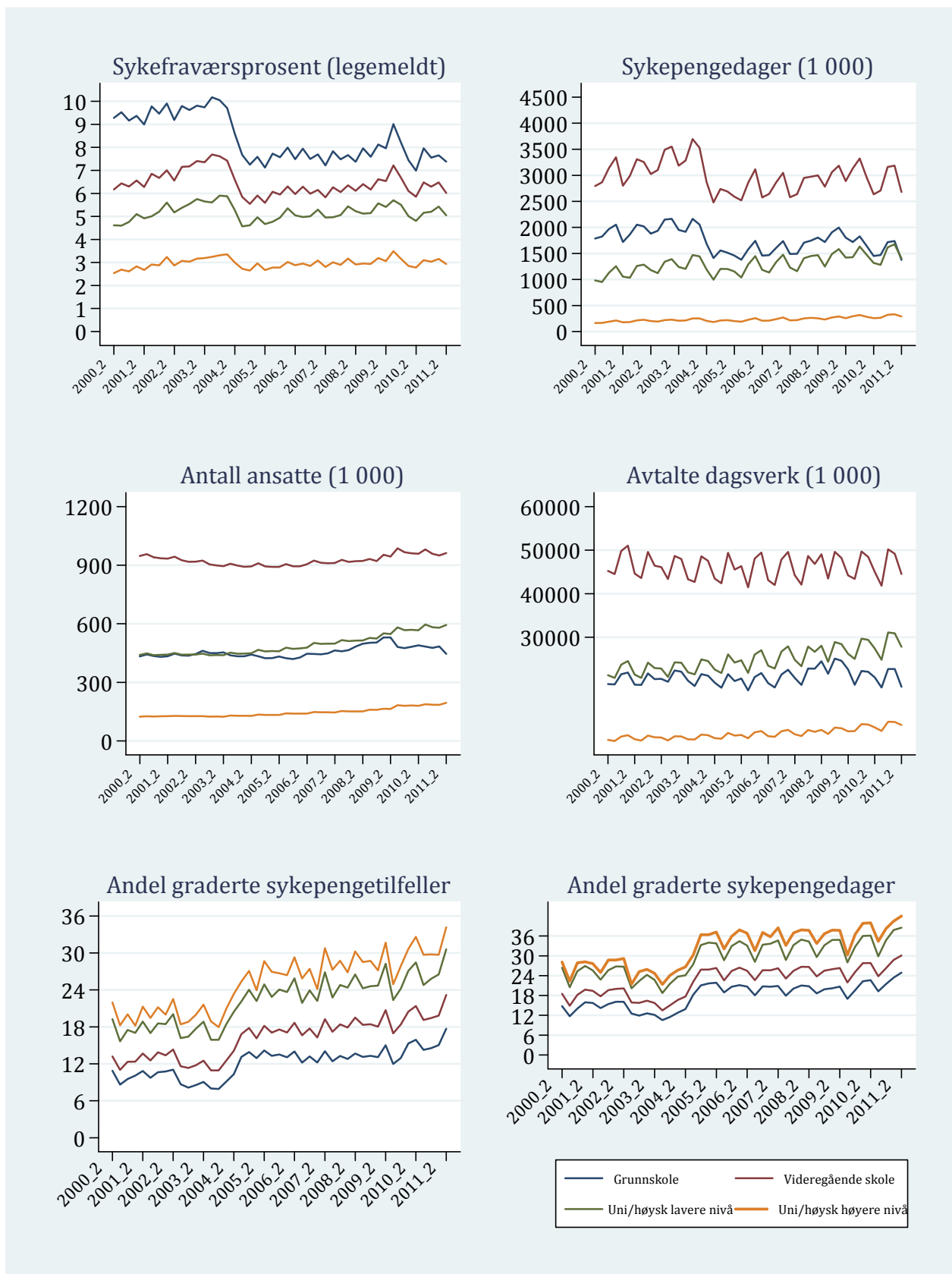
## 2.2.6 Utdanning

Øverst til venstre i figur 2.14 ser vi legemeldt sykefraværsprosent for ulike utdanningsgrupper. Det er stabilt slik at sykefraværet er mye høyere jo lavere utdanning de ansatte har. Det er dermed liten tvil om at sykefravær i stor grad handler om sosial ulikhet og jobbmuligheter og at det er dette som skaper stor variasjon i sykefraværet. Vi kan se fra figuren at det er visse utjevninger, med at de med lavere utdanning har sterkere nedgang i 2004 enn de andre. Virksomheter som har mange med lav utdanning har derfor i utgangspunktet høyere sannsynlighet for å ha høyere sykefravær enn virksomheter der ansatte har høyere utdanning.

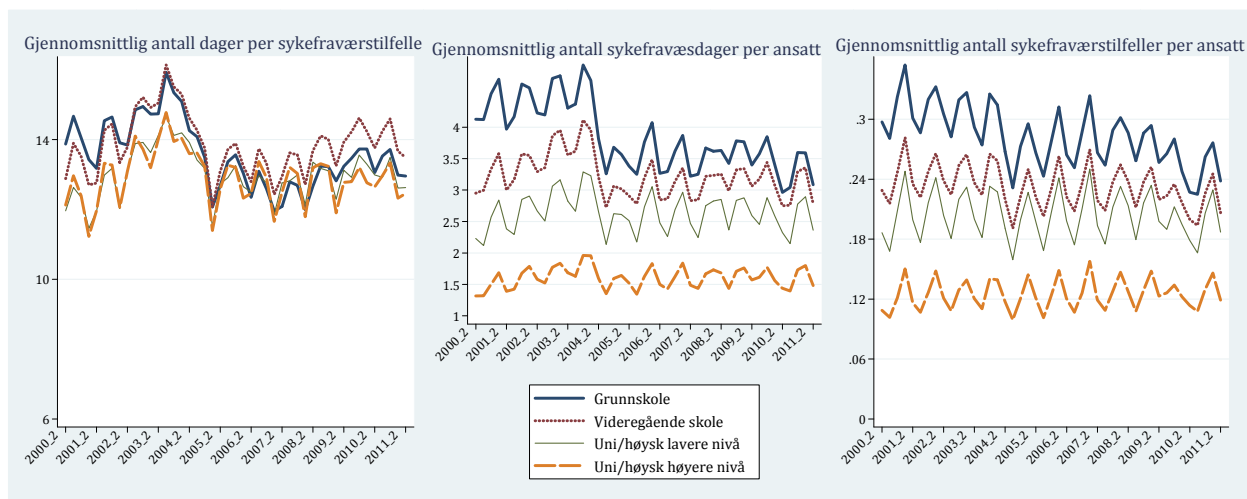
Det er en økende andel av de sysselsatte som har universitets- og høyskoleutdannelse, noe som bidrar til å trekke sykefraværet ned utover i perioden.

Nederst i figuren ser vi igjen på graderingsandelen. Det er helt motsatt av sykefraværsprosenten og graderingsandelen er betydelig lavere blant de med grunnskoleutdanning (18 %) enn blant de med

universitetsutdanning (over 30 %). Det samme gjelder andel graderte sykepengedager. Altså stabile og store nivåforskjeller mellom utdanningsgrupper.



Figur 2.14 Nasjonale tall 2000\_2-2011\_2, alder



**Figur 2.15 Utvikling i antall dager per tilfelle, dager per ansatt og tilfeller per ansatt, sektor, 2000\_2-2011\_2**

## 2.2.7 Yrke

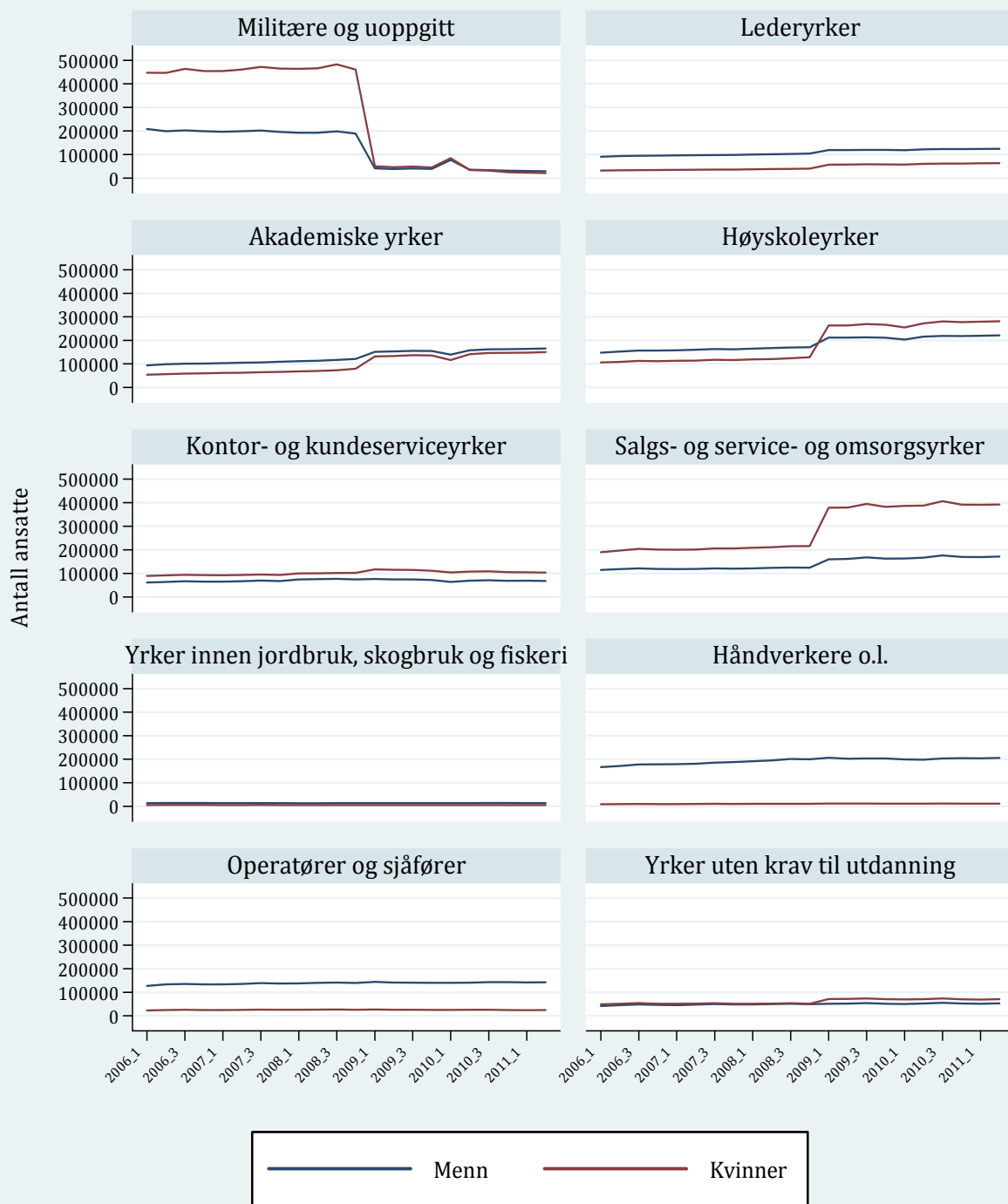
SSB opererer med 10 forskjellige yrkeskoder i denne statistikken og som vi ser fra tabell 2.16 er høyskoleyrker og salgs- og service- og omsorgsykker den største yrkesgruppen i denne inndelingen. Yrkeskode før 1. kvartal 2006 var ikke med i AA-registeret, slik at tall ikke finnes. Andelen uoppgitt er sterkt redusert i perioden og det er tydelig hvordan disse har fordelt seg. Siden 2009 er det relativt stabilt i sysselsettingsfordeling på ulike yrker.

for helsepersonell i helseforetakene og personer i kommunal- og fylkeskommunal sektor er satt til uoppgitt tom. 2008 fjerde kvartal grunnet for dårlig datakvalitet.

Som vist i figur 2.16 er den største yrkesgruppen, når vi deler inn på denne måten, salgs- og service og omsorgsykker. Deretter kommer kategorien høyskoleyrker, mens primærnæringen samlet sett står for den minste yrkesgruppen.

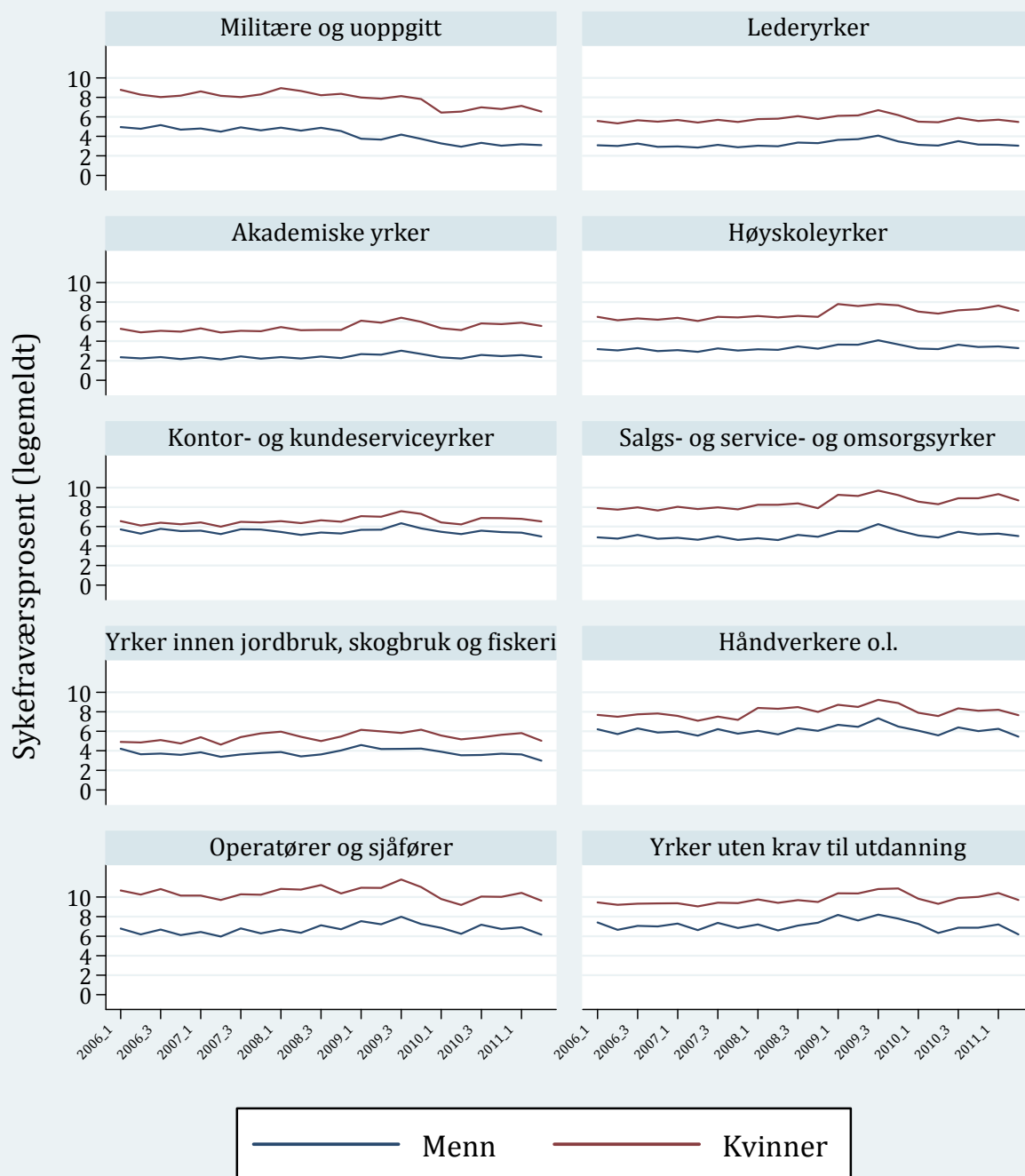
Legemeldt sykefravær fordelt på yrkesgrupper vises i figur 2.17. For det første viser denne figuren at utviklingen i sykefraværet er relativt likt for alle yrkesgruppene de siste par årene. For det andre viser den igjen det samme som vi fant når vi delte inn arbeidstakerne etter utdanning, det er yrker uten krav til utdanning som har det absolutt høyeste sykefraværet. Nest høyest ligger operatører og sjåførere og deretter salg, service og omsorg. Lavest har vi igjen de akademiske yrkene og lederyrkene.

Andel graderte sykepengedager i figur 2.18, mens andel graderte sykepengetilfeller er vist i figur 2.19.



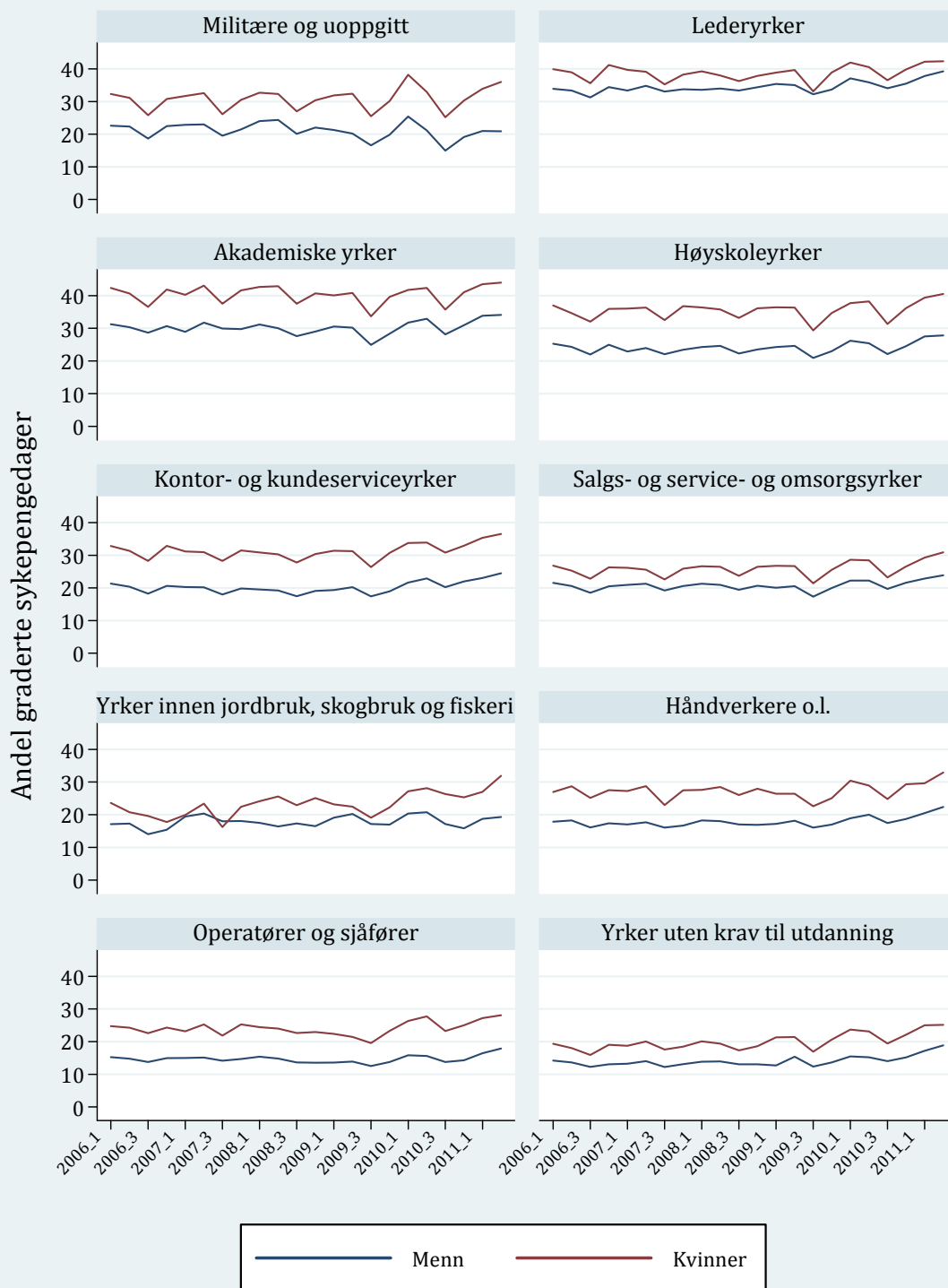
Figur 2.16 Antall ansatte 2000\_2-2011\_2, yrke



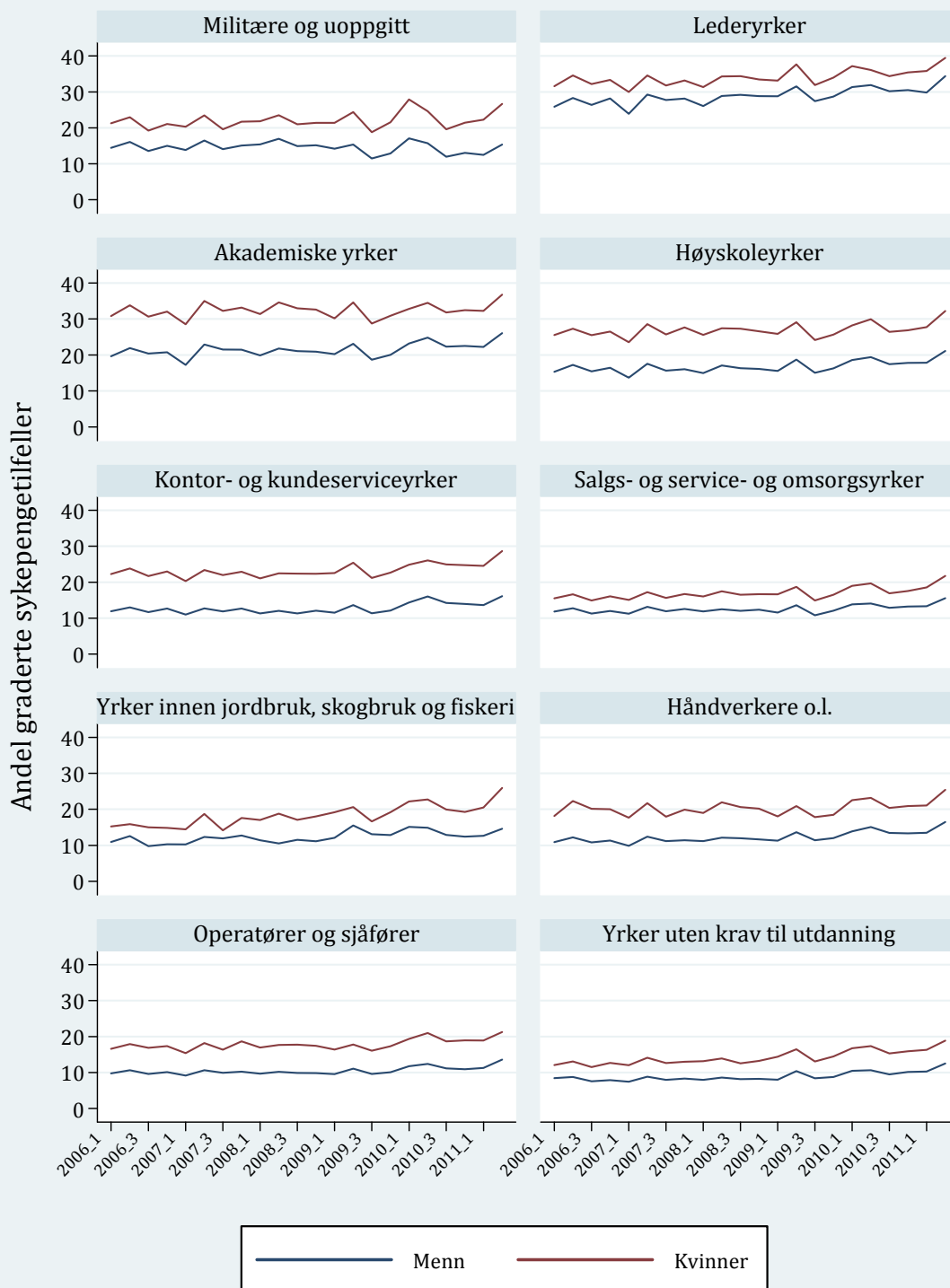


**Figur 2.17 Sykefraværprosent 2000\_2-2011\_2, yrke**

Fordi de som tidligere var registrert som uoppgitt ble fordelt bedre i siste del av perioden, ser vi at noe av variasjonen i sykefraværet skyldes dette.

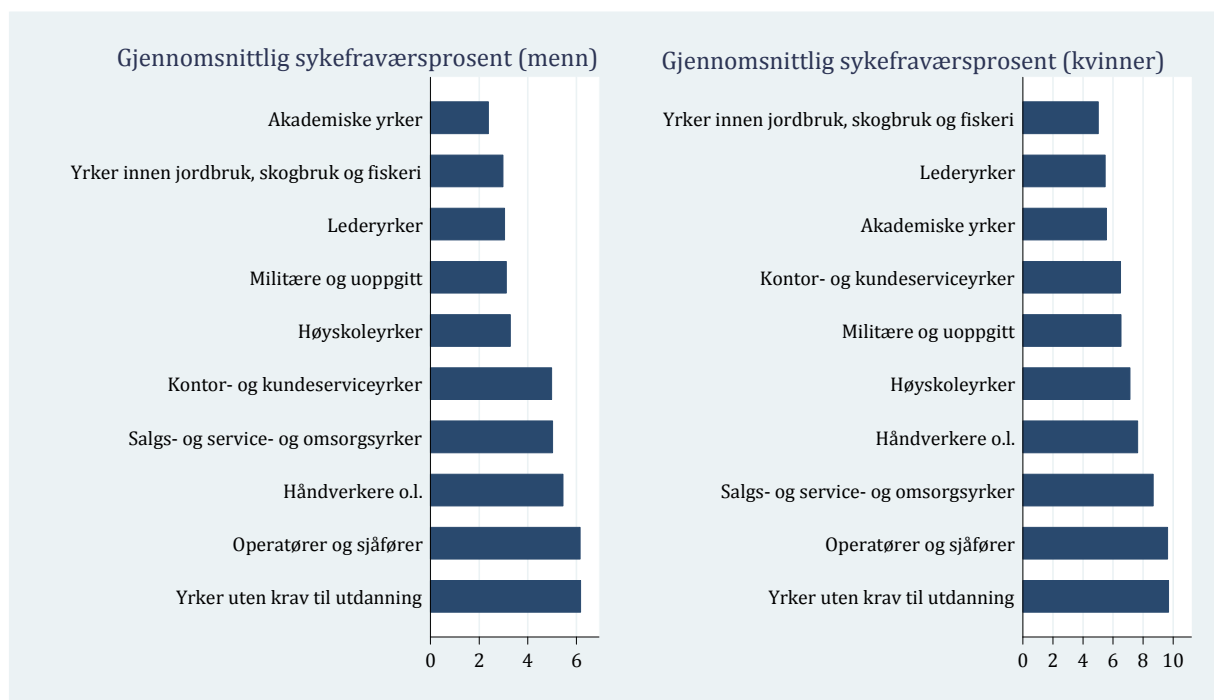


Figur 2.18 Andel graderte sykepengedager 2000\_2-2011\_2, yrke



**Figur 2.19 Andel graderte sykepengetilfeller 2000\_2-2011\_2, yrke**

Som vist i figurene i dette delkapittelet om yrker, er det i stor grad stabilitet over tid i tallene. Det gir derfor mening å se nærmere på tverrsnittsvariasjonen og vi velger å se på siste tilgjengelige kvartal, andre kvartal 2011.

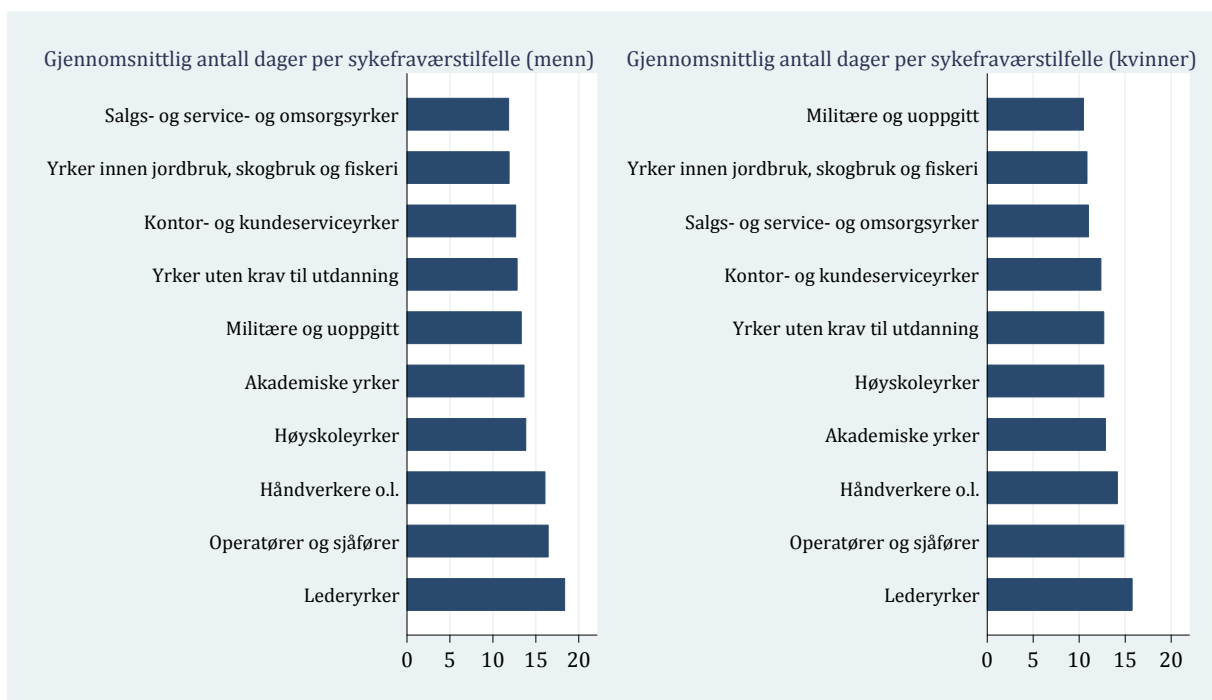


**Figur 2.20 Sykefraværspersent, yrke, 2. kvartal 2011.**

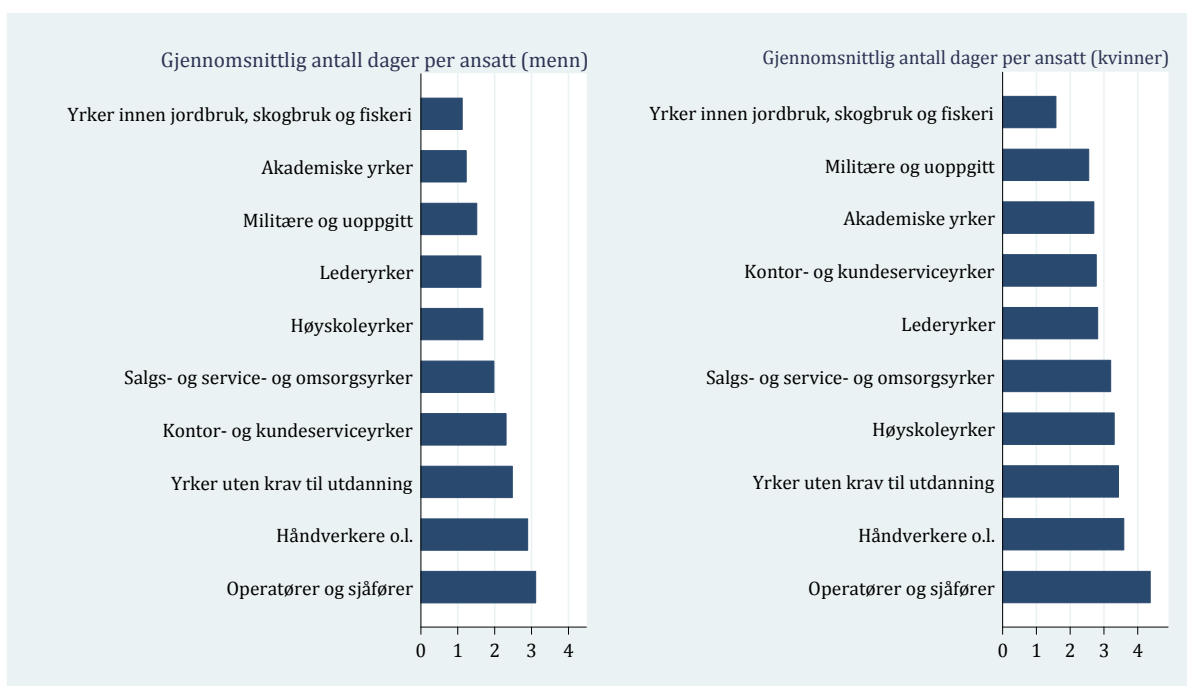
Figuren over viser, som vi også viste i figur 2.17, at blant menn er sykefraværet høyest for de som arbeider i yrker uten krav til utdanning og blant operatører. Vi ser også at kontor- og kundeserviceyrker, salgs- og service- og omsorgsykker og håndverkere ligger høyt. Blant kvinner er det også operatører og sjåførere i tillegg til yrker uten krav til utdanning som ligger høyest. Lederyrker og akademiske yrker samt primærnæringene ligger lavest både blant kvinner og menn. Vi ser at sykefraværspersenten er betydelig høyere for kvinner enn for menn i alle yrkeskategoriene.

Rangeringen av yrkene etter sykefravær er som vi ser ganske lik for kvinner og menn. Det er derfor naturlig å tro at sykefraværet påvirkes av hvilket yrke man har og av ulike seleksjonseffekter inn i ulike yrker.

Figur 2.21 viser at menn gjennomgående har lenger sykefraværstilfeller enn kvinner, men det er ikke store forskjeller i alle yrkesgruppene. Særlig i lederyrker ser vi at menn har lenger varighet på sykefraværet i gjennomsnitt.

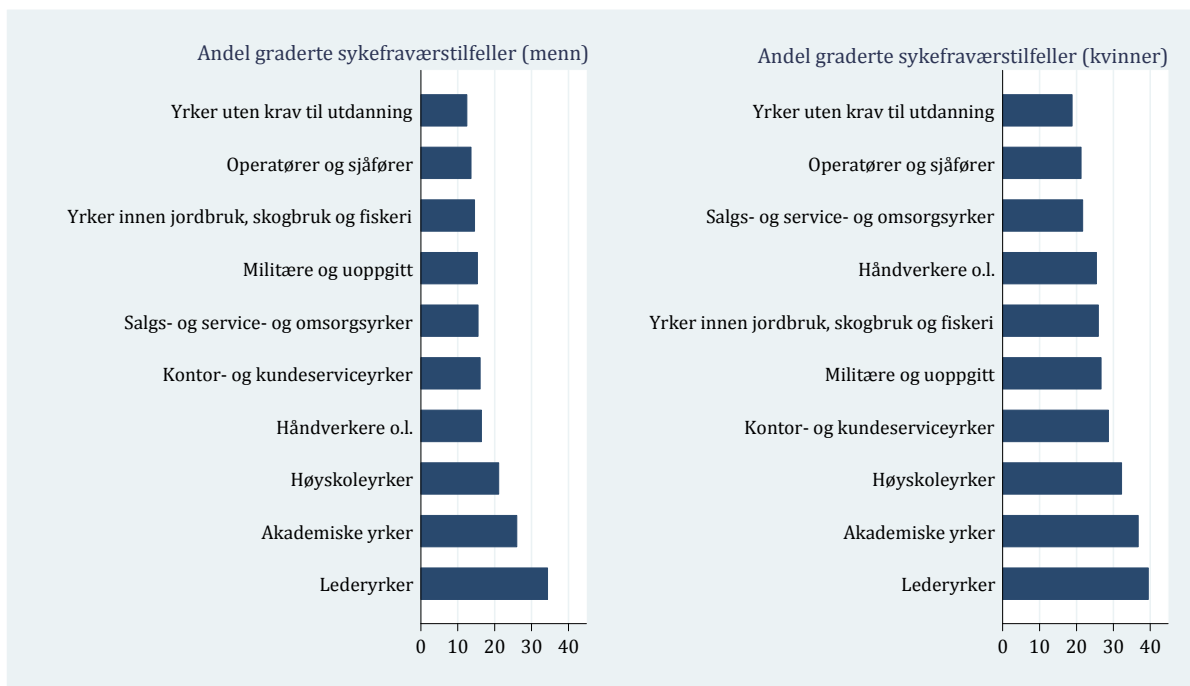


**Figur 2.21 Antall dager per sykefraværstilfelle, yrke, 2. kvartal 2011.**



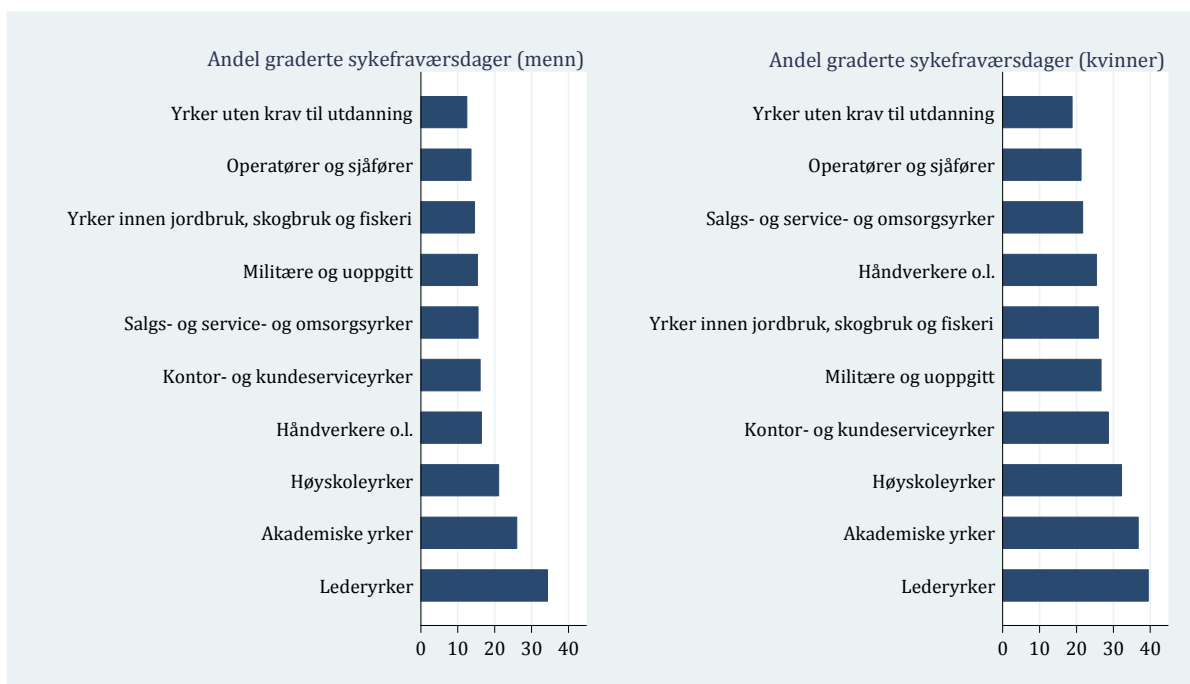
**Figur 2.22 Antall dager per ansatt, yrke, 2. kvartal 2011.**

Det er i yrkeskategoriene operatører og sjåførere det er høyest sannsynlighet for å være sykmeldt målt med antall sykefraværst dager per ansatt. Håndverkere ligger også høyt, mens de akademiske yrkene og arbeidstakere i primærnæringene ligger lavt i antall sykefraværst dager per ansatt.



**Figur 2.23 Andel graderte tilfeller, yrke, 2. kvartal 2011.**

Som figuren over viser, er det nesten en helt motsatt sammenheng mellom sykefraværsprosenten og sannsynligheten for å ha gradert sykmelding. Mens yrker uten krav til utdanning ligger med lavest graderingsandel av sykefraværene både for menn og kvinner, er det flere yrkesgrupper som ligger omtrent på samme nivå. Yrkesgrupper der sykefraværstilfeller graderes i betydelig grad (over 20 % for menn og over 30 % for kvinner) finner vi i høyskoleyrkene, akademiske yrker og lederyrker. Omtrent det samme bildet observeres i neste figur, der vi ser på andel av sykefraværstidene som er gradert.



**Figur 2.24 Andel graderte sykefraværstid, yrke, 2. kvartal 2011.**

Ut i fra dette kan vi konkludere med at det er en økning i graderingsandelen for alle yrkesgrupper de siste par årene. Høyest graderingsandel finner vi blant de med lavest sykefraværsprosent og det er særlig en stor andel av sykefraværet som er gradert i grupper i lederyrker, akademiske yrker og høyskoleyrker. Dette tyder på at det er lettere å tilrettelegge og dermed få til gradering i disse yrkene. Som vi kommer tilbake til i neste kapittel, kan dette også handle om viljen til inkludering.

Vi ser nå videre på næringsforskjeller i sykefravær, gradering mm.

## 2.2.8 Næring

I figur 2.25 ser vi på utviklingen i sysselsettingen i de enkelte næringsgruppene. Det er lett å se at den aller største næringen nå er Helse- og sosiale tjenester, men godt over 500 000 ansatte. Deretter kommer Varehandel, med om lag 350 000 ansatte. Industrinæringene ligger nå med om lag 250 000 ansatte. Vi ser særlig vekst i helse- og sosial, i forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift, varehandel og bygge- og anleggsvirksomhet.

Kjønnsforskjellene i sysselsettingsandelene er sterkest i bygge- og anleggsvirksomheter og i helse- og sosialtjenester. Se figur 2.26. Det er i sistnevnte kjønnsforskjellene øker mest, men også betydelig økning i kjønnsbalansen i bygge- og anleggsvirksomhet. Kjønnsforskjellene ser ut til å være relativt stabil i industri, men sysselsettingsøkningen blant menn i undervisningsnæringer er betydelig lavere enn blant kvinner.

I figur 2.27 viser vi utviklingen i legemeldt sykefraværsprosent. Det kanskje viktigste i denne figuren er den store graden av stabilitet i sykefraværet etter nedgangen i 2004-2005, med noen unntak under finanskrisen 2008-2010.

Som tidligere kjent er sykefraværet aller høyest i helse- og sosiale tjenester. Dernest ligger overnatting og serveringsvirksomhet og bygge- og anleggsvirksomhet. Sykefraværet går ned i olje- og gassnæringene og det er der sykefraværet er absolutt lavest. Dette kan ha sammenheng med helsekravene i denne næringen. Det er sterk reduksjon i sykefraværet i transport og kommunikasjon, men her er det noen nye næringer som er lagt til som vi ser nærmere på i vedlegget.

Sykefraværet steg under finanskrisen, særlig for bygge- anleggsvirksomhet, i overnattings- og serveringsvirksomhet og i varehandel og forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift. Vi ser også at det var i disse næringene sykefraværet steg frem mot finanskrisen.

Kjønnsforskjellene i sykefraværet mellom hovednæringene er vist i figur 2.28. De største kjønnsforskjellene i sykefraværet finner vi i helse- og sosiale tjenester og i varehandelen. Det er særlig her sysselsettingen har økt, så dette vil ha stor betydning for det nasjonale fraværnivået og kjønnsforskjellene i sykefraværet.

Om vi ser på stabiliteten i kjønnsforskjellene ser vi at det er i undervisning, helse og sosial og i private tjenester ellers kvinners sykefravær øker, mens menns sykefravær er mer stabilt.

Kvartalsvariasjonen i sykefraværet er absolutt størst i undervisningsnæringen. Her vet vi at det er særlig grunnskolen som har stor kvartalsvariasjon. Det mest interessante med dette er at

kvartalsvariasjonen i sykefraværet er betydelig sterkere blant kvinner enn blant menn. Det samme finner vi i barnehager (se Ose et al., 2011).

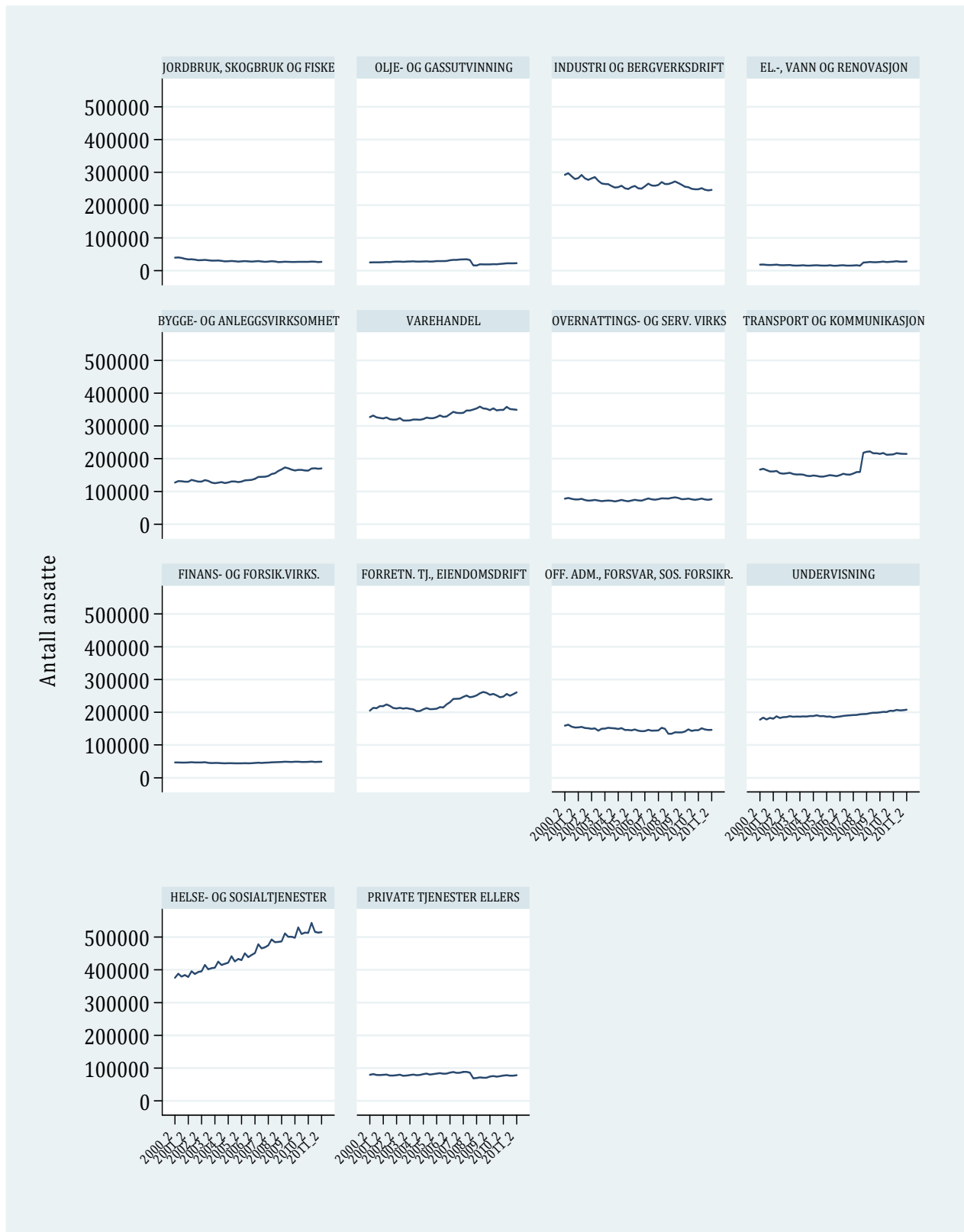
Det er altså slik at kvinnelige ansatte i barneskoler og i barnehager har betydelig kvartalsvariasjon i sykefraværet, uten at deres mannlige kolleger har samme fraværsmønster. Vi tror at i dette ligger mulighetene til å komme nærmere en forklaring på kjønnsforskjeller i sykefraværet. Mønsteret er slik: Kvinner har absolutt lavest sykefravær 3. kvartal (etter sommerferien). Deretter stiger det frem mot jul (4. kvartal), og topper seg i vintermånedene (1. kvartal). Ut over våren synker fraværet blant kvinner igjen og når igjen bunn i tredje kvartal. Dette gjentar seg år etter år, og det er betydelig mindre systematisk blant menn.

I figur 2.29 viser vi andel av sykepengetilfellene som er gradert i de ulike næringene. Totalt er økningen i graderingsandelen sterkere for kvinner enn menn og dette ser ut til å gjelde flere av de store næringene. Minst kjønnsforskjeller i graderingsandelen finner vi i hotell og restaurant og de største er i olje og gass og i offentlig administrasjon m.m. Det samme mønsteret finner vi i figur 2.30 for andel tilfeller som er gradert.

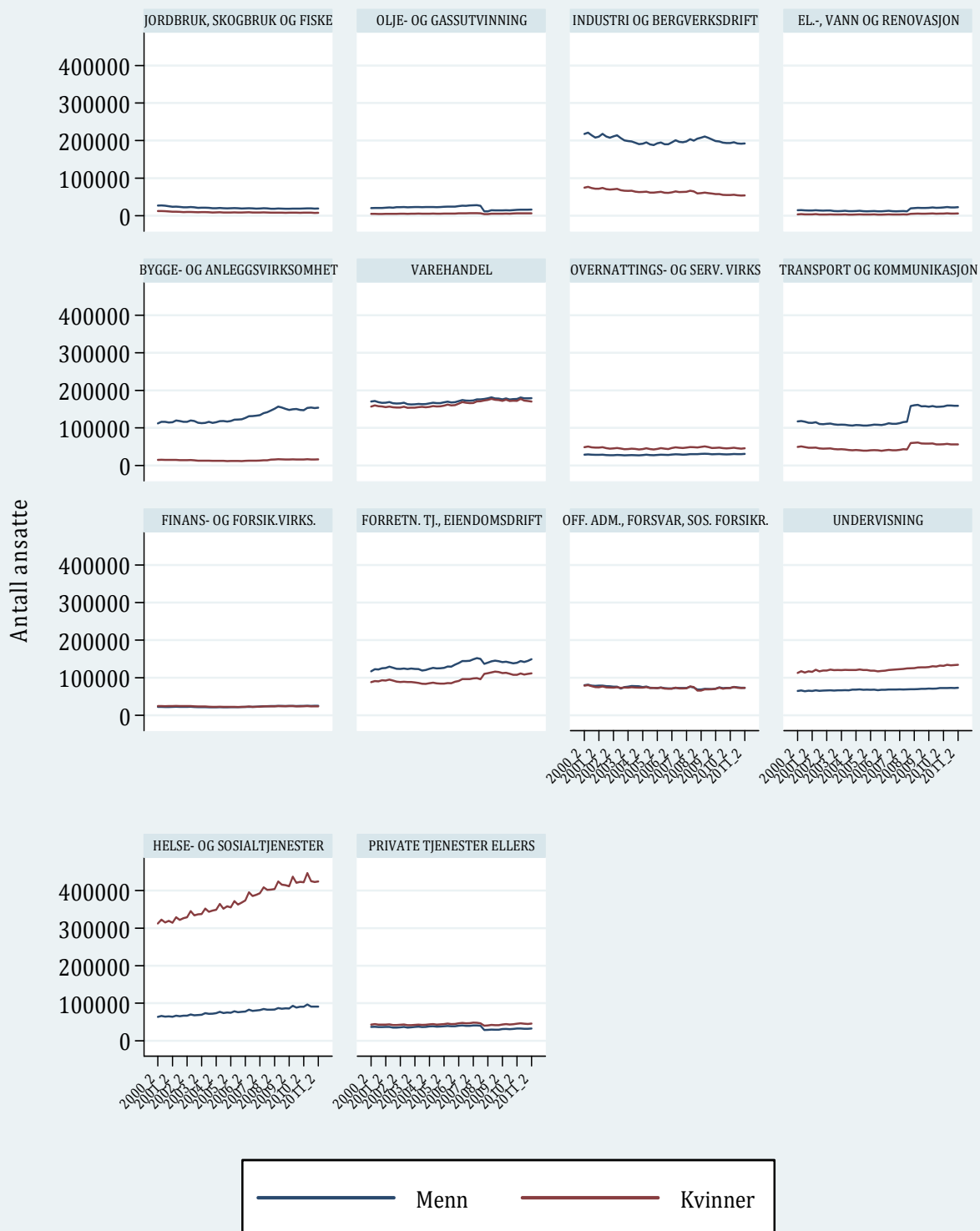
I figur 2.31 og 2.32 ser vi både på sykefraværsprosenten og på graderingsandelene i hhv tilfeller og dager. Ut fra dette kan det se ut som noen næringer har større effekt på sykefraværet av økt gradering enn andre, men det er selvsagt ikke lett å si hvordan det hadde sett ut uten økt graderingsandel (kontrafaktiske analyser). For eksempel ser det ut som økt gradering har ført til lavere sykefravær i olje- og gassutvinning, mens sykefraværet i offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring ikke ser ut til å ha særlig effekt av graderingen.

Dette er selvsagt for enkelt tolket og vi må i det minste kontrollere for utviklingen i sammensetning av sysselsatte for kjønn og alder. Dette gjør vi i kapittel 2.2.9.





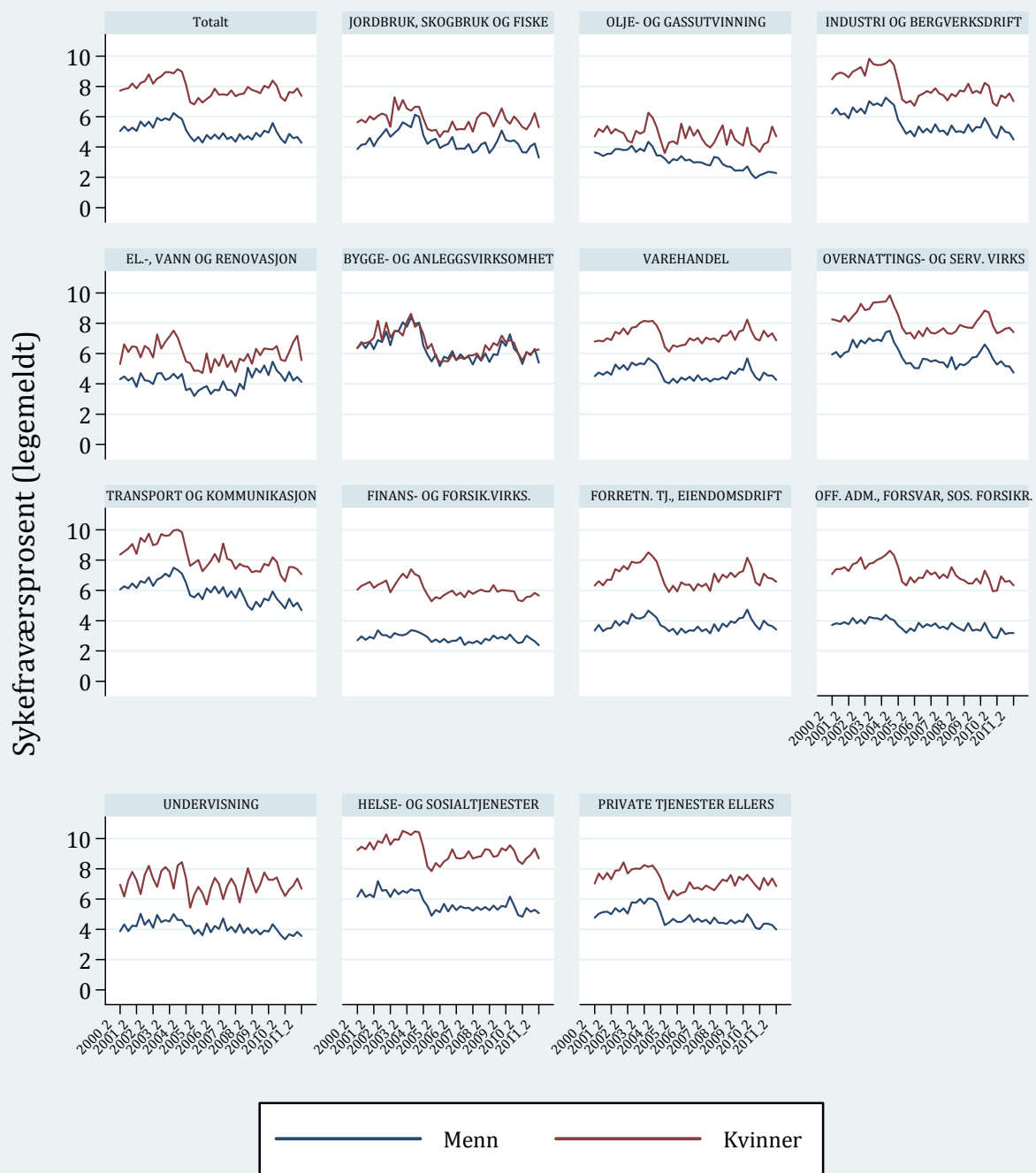
Figur 2.25 Antall ansatte 2000\_2-2011\_2, næring



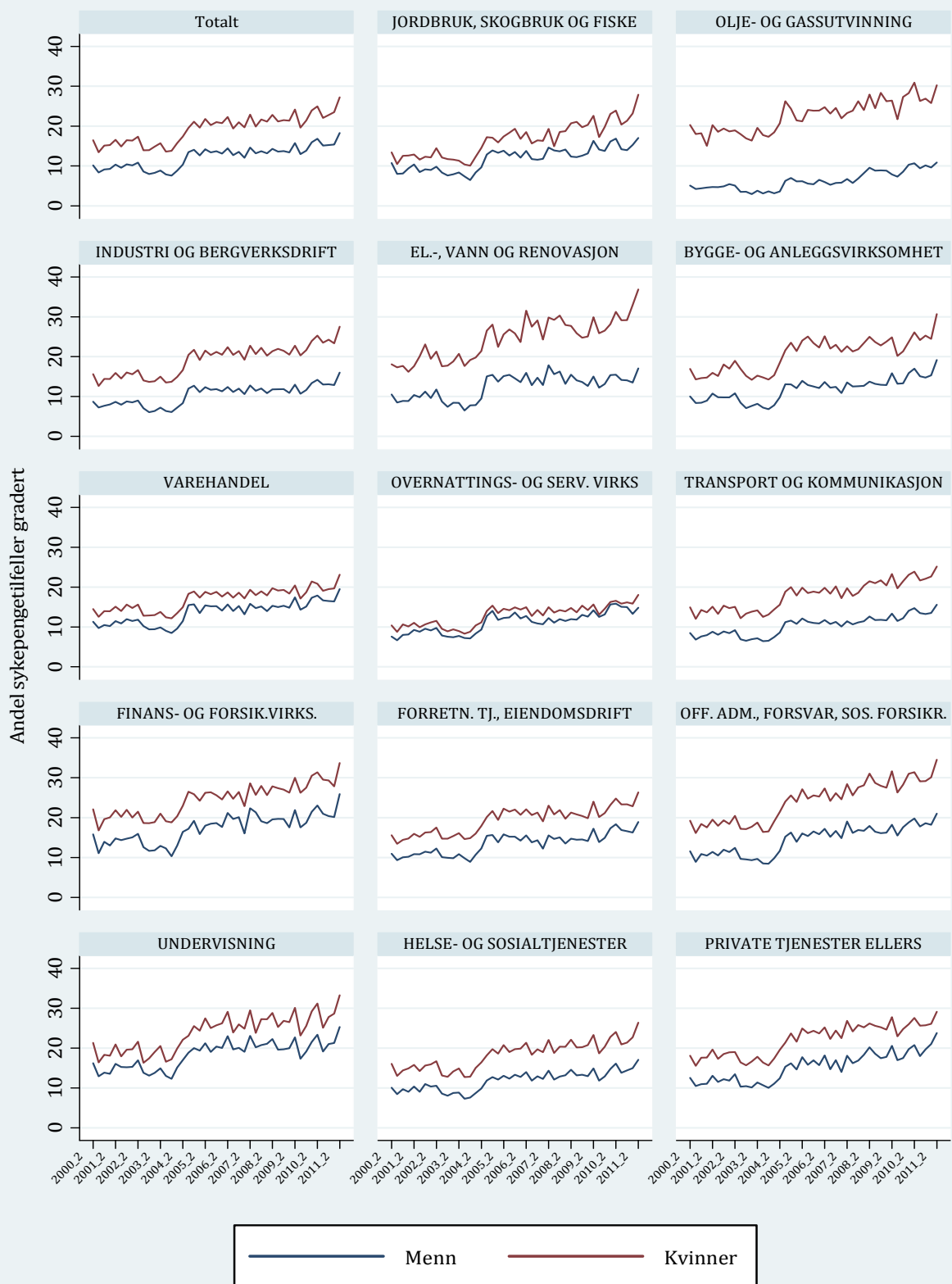
Figur 2.26 Antall ansatte 2000\_2-2011\_2, næring og kjønn



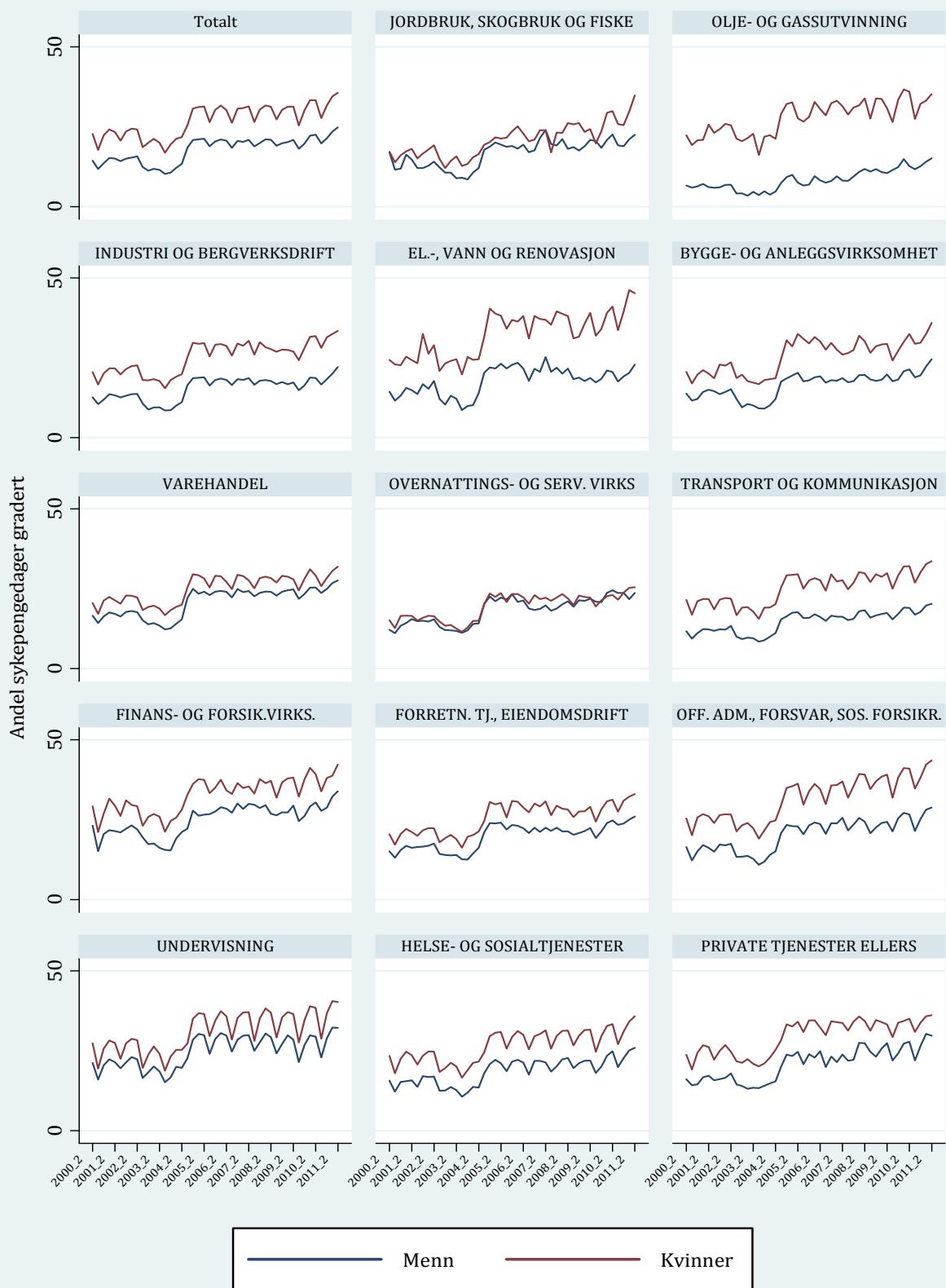
Figur 2.27 Legemeldt sykefraværprosent 2000\_2-2011\_2, næring



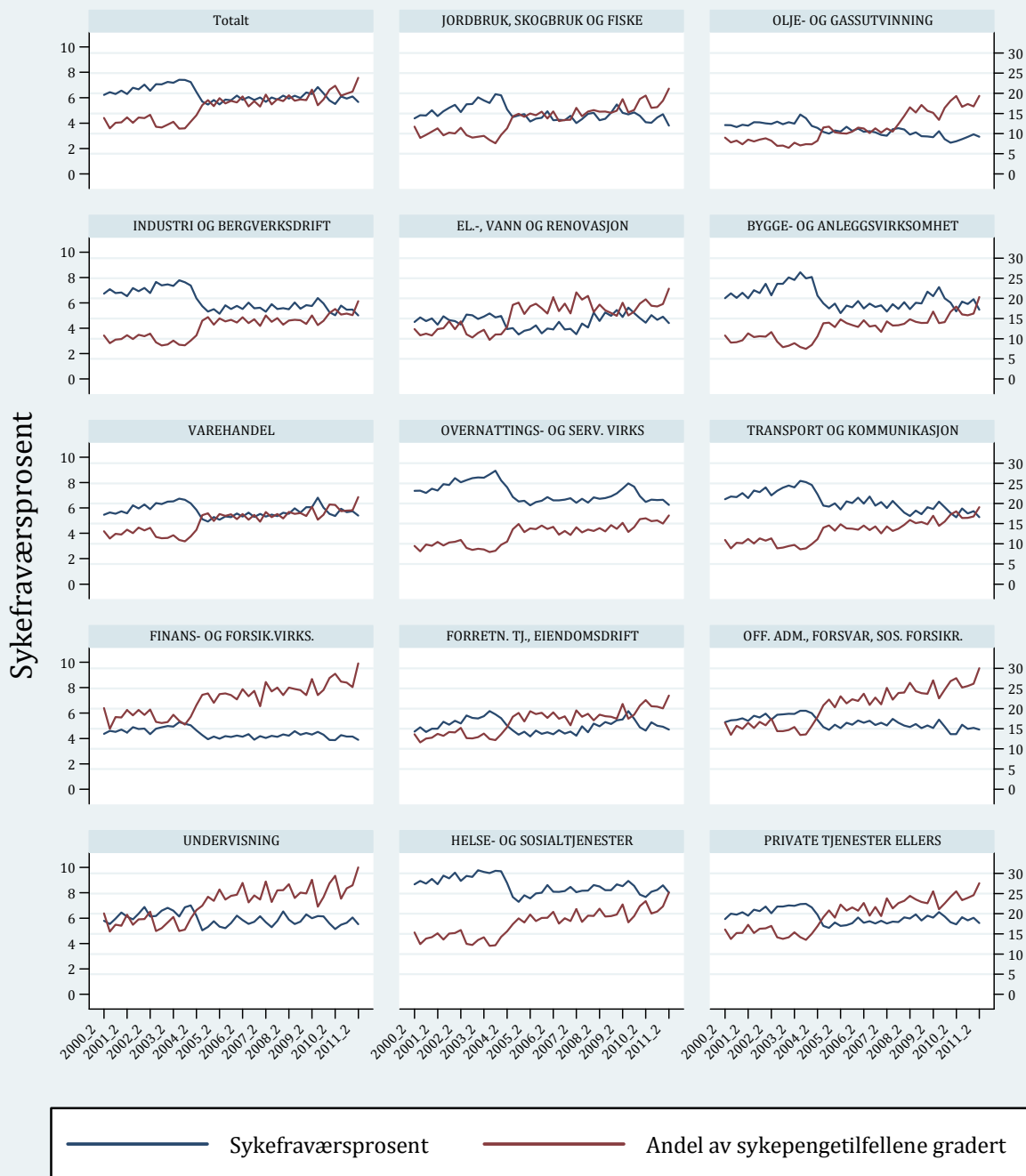
Figur 2.28 Legemeldt sykefraværprosent 2000\_2-2011\_2, næring og kjønn



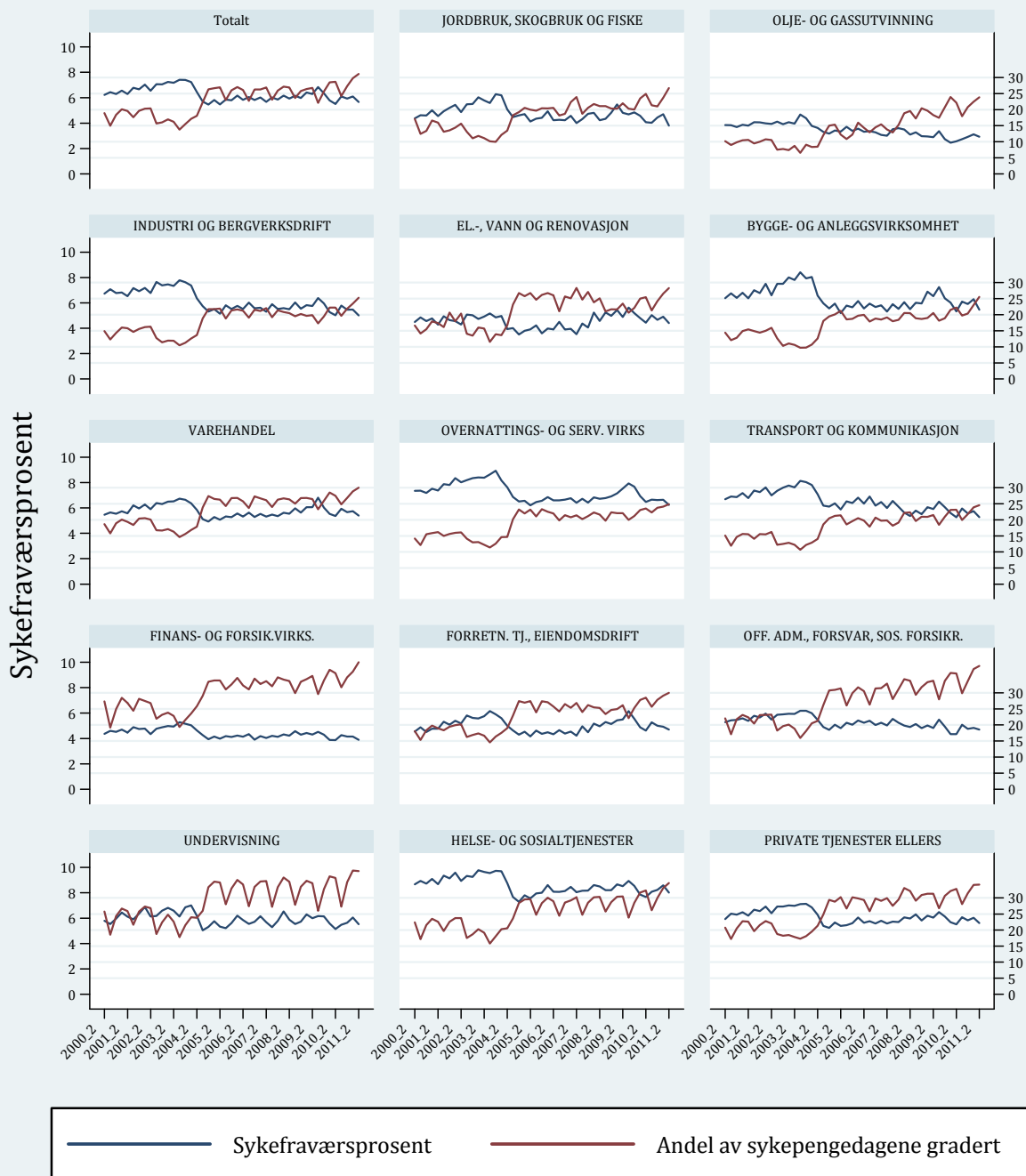
Figur 2.29 Andel sykepengetilfeller gradert 2000\_2-2011\_2, næring og kjønn



Figur 2.30 Andel sykepengedager gradert 2000\_2-2011\_2, næring og kjønn



Figur 2.31 Sykefraværprosent og Andel sykepengetilfeller gradert 2000\_2-2011\_2, næring og kjønn



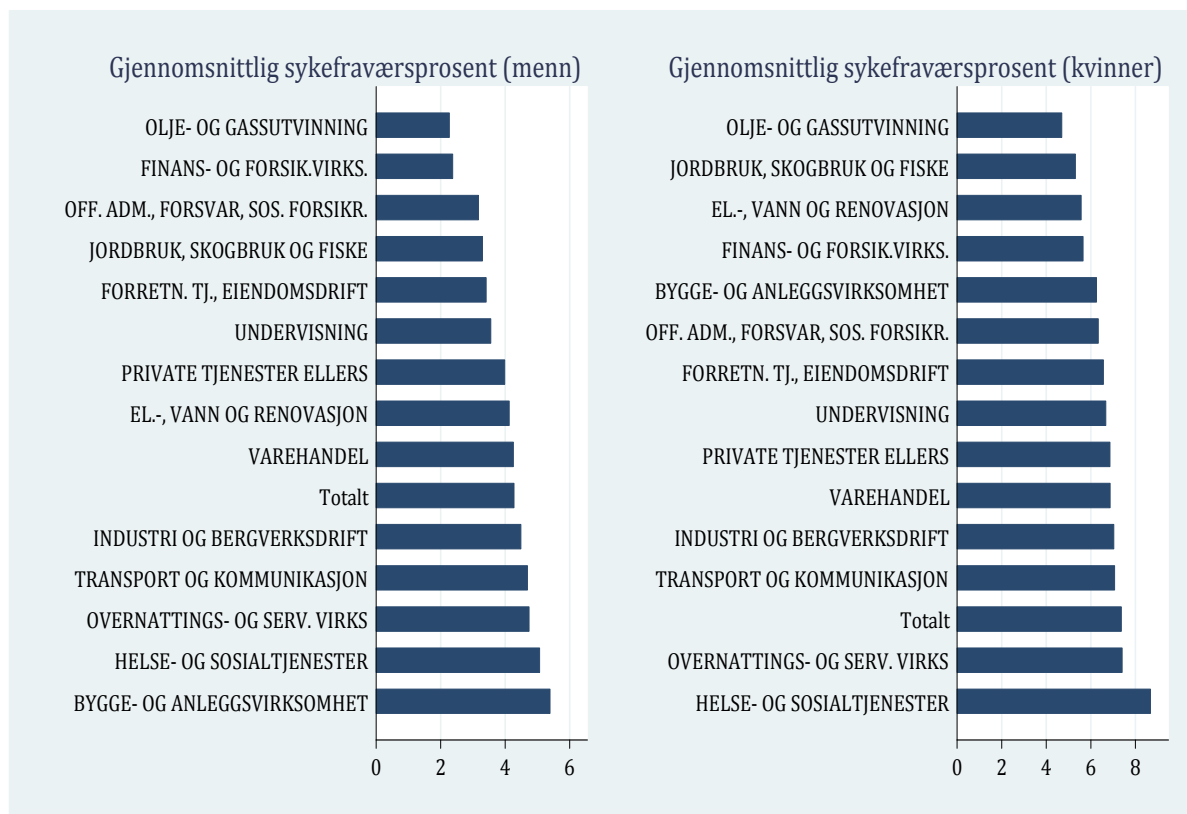
Figur 2.32 Sykefraværprosent og Andel sykepengedager gradert 2000\_2-2011\_2, næring og kjønn



På grunn av stor grad av stabilitet over tid i næringsforskjellene, ser vi på tverrsnittsvariasjon siste kvartal for å lettere kunne sammenlikne næringene. Først vises en tabell over samlet graderingsandel for de ulike næringene siste kvartal.

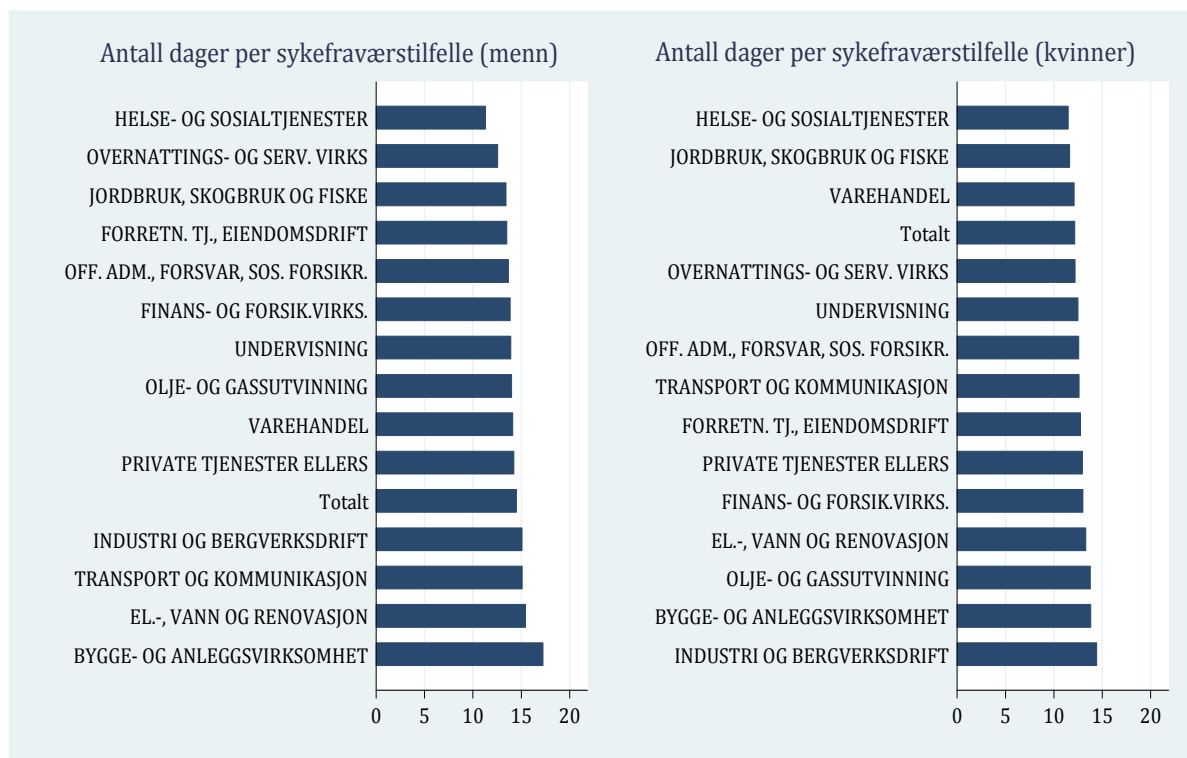
**Tabell 2.1 Andel graderte tilfeller og andel graderte dager, næring, 2011\_2.**

	Andel tilfeller gradert	Andel dager gradert
OVERNATTINGS- OG SERV. VIRKS	17	25
TRANSPORT OG KOMMUNIKASJON	19	25
INDUSTRI OG BERGVERKSDRIFT	19	25
OLJE- OG GASSUTVINNING	19	24
BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET	20	26
JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE	21	27
VAREHANDEL	22	30
EL.-, VANN OG RENOVASJON	22	28
FORRETN. TJ., EIENDOMSDRIFT	23	30
HELSE- OG SOSIALTJENESTER	25	35
PRIVATE TJENESTER ELLERS	28	34
ADM., FORSVAR, SOS. FORSIKR.	30	38
FINANS- OG FORSIK.VIRKS.	31	40
UNDERVISNING	32	38
Totalt	24	31



**Figur 2.33 Sykefraværsprosent (legemeldt) 2. kvartal 2011.**

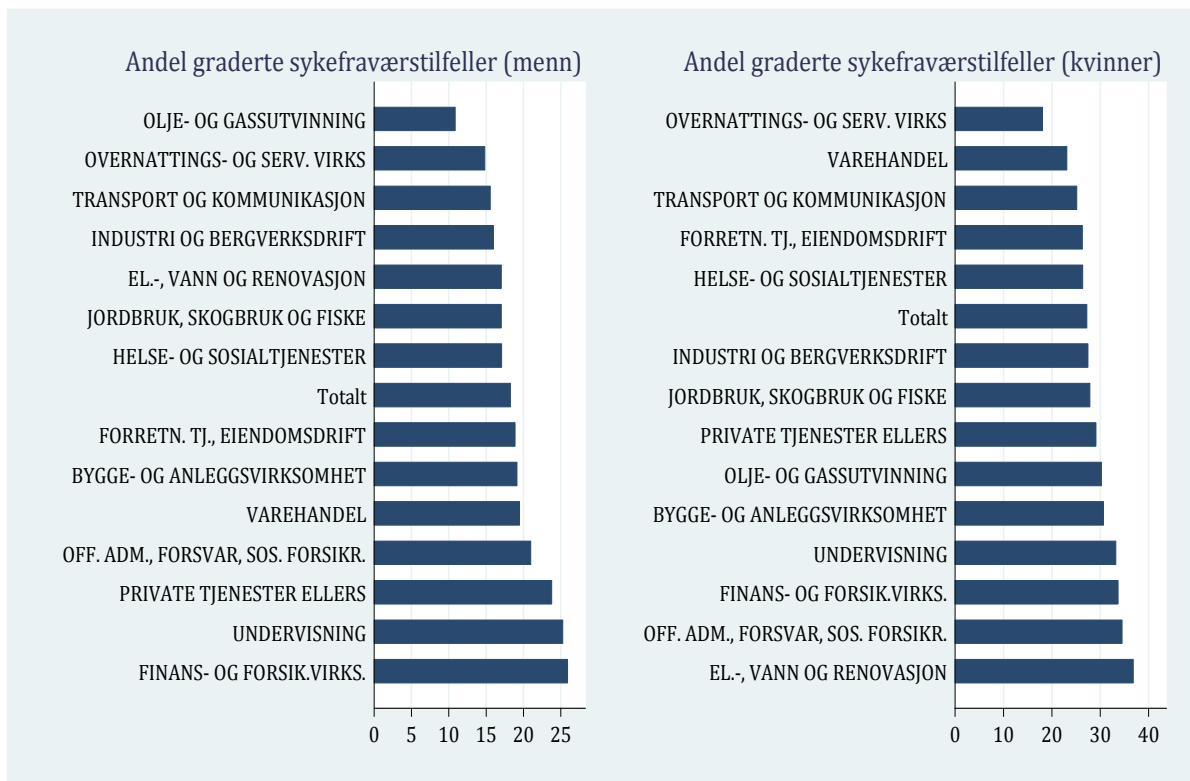
Figuren over viser at legemeldt sykefravær blant menn er høyest i bygge- og anleggsvirksomhet. Som vi så tidligere i dette kapittelet er det denne næringen som har det høyeste sykefraværet for menn hele perioden (11 år). Vi ser en økning i sykefraværet i finanskrisen, men nivået har normalisert seg igjen på rundt 6 prosent. Helse og sosialtjenester, hotell- og restaurant og transport og kommunikasjon, ligger også høyt for menn, mens olje- og gassutvinning og finans ligger i andre enden av skalaen. Blant kvinner ser vi at nivået på sykefraværet er høyest i helse- og sosialtjenesten og at siden dette er den aller største næringen målt i antall sysselsatte for kvinner, ser vi også at totaltallene for sykefraværet for kvinner ligger høyt.



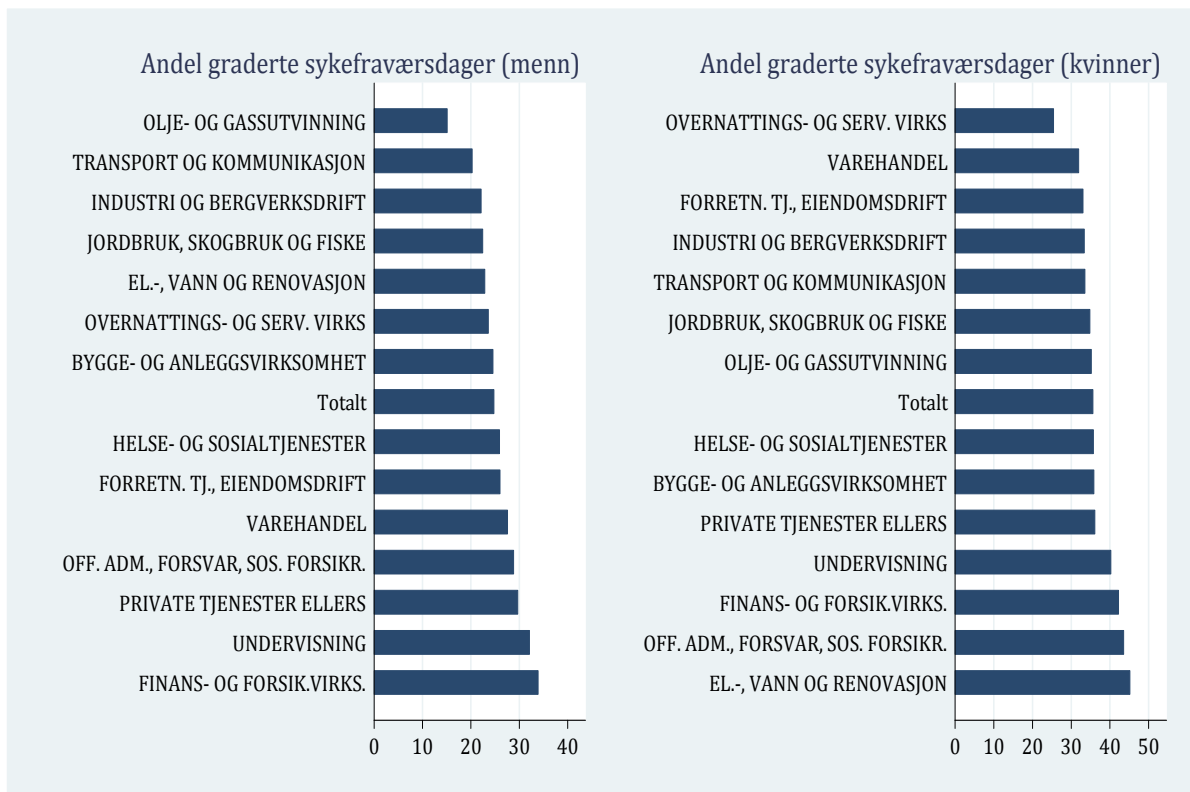
**Figur 2.34 Antall dager per sykefraværstilfelle, næring, 2. kvartal 2011.**

Blant menn finner vi de lengste sykefraværene i bygge- og anleggsvirksomhet. Næringene el-, vann og renovasjon, transport og kommunikasjon og i industri og bergverksdrift ligger også over landsgjennomsnittet for menn. Det korteste sykefraværet finner vi i helse- og sosialtjenestene og dette gjelder både blant kvinner og menn. Blant kvinner finner vi også at de lengste fraværene er i de mannsdominerte næringene bygge- og anleggsvirksomhet og industri og bergverksdrift.

Det er flest graderte sykefraværstilfeller blant menn i næringen undervisning og finans- og forsikringsvirksomhet og dette ser vi på i figur 2.35. Det er en betydelig lavere andel av sykefraværstilfellene som graderes i olje- og gassutvinning, hotell og restaurant, transport og industri blant menn. Blant kvinner finner vi høyest andel av tilfellene som er gradert i el-, vann og renovasjon (få kvinner), men også en stor andel i undervisning, finans- og forsikringsvirksomhet og i offentlig administrasjon mm. Det samme bildet vises i neste figur når vi ser på andeler av tilfeller gradert.



Figur 2.35 Andel graderte tilfeller, NACE\_nr, 2. kvartal 2011.



Figur 2.36 Andel graderte sykefraværstid, NACE\_nr, 2. kvartal 2011.

Fra dette kan vi konkludere med at det er betydelige forskjeller i graderingsandelen mellom næringer og at disse forskjellene har vært relativt stabile de siste årene.

## 2.2.9 Sammenheng mellom sykefraværsprosent og graderingsandel mellom næringer

Det er interessant å undersøke om det er ulik effekt av økt graderingsandel på sykefraværet mellom de ulike næringene. Å gjøre dette grundig krever omfattende komparative analyser mellom næringer på detaljert næringskoder der vi kan kontrollere for næringsspesifikk konjunkturutvikling, lønnsomhetsutvikling osv. og dette faller utenfor dette prosjektets rammer. Her ser vi på noen enklere korrelasjoner mellom sykefraværsprosenten og graderingsandelen for hele perioden samlet.

**Tabell 2.2 Korrelasjon mellom sykefraværsprosent og graderingsandel etter næring, 2000-2011.**

	Andel av tilfellene gradert		Andel dagene gradert	
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner
JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE	-0.6836*	-0.4436*	-0.7450*	-0.4492*
OLJE- OG GASSUTVINNING	-0.9113*	-0.5409*	-0.9140*	-0.5583*
INDUSTRI OG BERGVERKSDRIFT	-0.9408*	-0.8919*	-0.9594*	-0.9134*
EL-, VANN OG RENOVASJON	-0.3710*	-0.4036*	-0.4775*	-0.4854*
BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET	-0.7577*	-0.7130*	-0.8190*	-0.7611*
VAREHANDEL	-0.6705*	-0.4908*	-0.7168*	-0.5391*
OVERNATTINGS- OG SERV. VIRKS	-0.7100*	-0.7738*	-0.7622*	-0.8259*
TRANSPORT OG KOMMUNIKASJON	-0.9046*	-0.8764*	-0.9026*	-0.8727*
FINANS- OG FORSIK.VIRKS.	-0.7153*	-0.7674*	-0.7879*	-0.7872*
FORRETN. TJ., EIENDOMSDRIFT	-0.3958*	-0.5036*	-0.5365*	-0.6373*
ADM., FORSVAR, SOS. FORSIKR.	-0.8449*	-0.8513*	-0.8593*	-0.8488*
UNDERVISNING	-0.7295*	-0.2546	-0.7336*	-0.0429
HELSE- OG SOSIALTJENESTER	-0.8892*	-0.6972*	-0.8868*	-0.6651*
PRIVATE TJENESTER ELLERS	-0.8788*	-0.6647*	-0.8746*	-0.7168*

\* signifikant på 5% nivå.

Fra denne ser vi at det er særlig sterk korrelasjon i olje- og gass, i industri og bergverk og i transport og kommunikasjon. Den svakeste sammenhengen mellom sykefraværsprosent og graderingsandel, ser ut til å være i el-, vann og renovasjon og i forretningsmessig tjenesteyting og eiendomsdrift. For kvinner ser vi spesielt en svak sammenheng i undervisningsstillinger.

Dette er altså rene korrelasjoner. Når vi i tillegg tar hensyn til sammensetning av kjønn og alder blant de ansatte, finner vi følgende sammenheng:

**Tabell 2.3 Regresjonsanalyser, sykefraværsprosent forklart med andel gradert, 2000-2011.**

Næring	Effekt	P-verdi
JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE	-0.056	0.000
OLJE- OG GASSUTVINNING	-0.0503	0.000
INDUSTRI OG BERGVERKSDRIFT	-0.081	0.000
EL., VANN OG RENOVASJON	-0.044	0.000
BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET	-0.176	0.000
VAREHANDEL	-0.013	0.025
OVERNATTINGS- OG SERV. VIRKS	0.084	0.000
TRANSPORT OG KOMMUNIKASJON	-0.0479	0.000
FINANS- OG FORSIK.VIRKS.	0.011	0.079
FORRETN. TJ., EIENDOMSDRIFT	-0.0548	0.000
OFF. ADM., FORSVAR, SOS. FORSIKR.	-0.031	0.000
UNDERVISNING	-0.01	0.130
HELSE- OG SOSIALTJENESTER	0.031	0.000
PRIVATE TJENESTER ELLERS	-0.0462	0.000

Fra tabell 2.3 ser vi at næringene overnattings- og serveringsvirksomhet, finans- og forsikringsvirksomhet og i helse- og sosialtjenester skiller seg fra hovedtendensen ved at sammenhengen positiv. En økning i graderingsandelen faller her sammen med økt sykefravær. Den sterkeste negative effekten estimeres i bygge- og anleggsvirksomhet, mens den minst systematiske sammenhengen er i undervisningssektoren. Dette kan enten tyde på at nedgangen i sykefraværet av andre grunner enn økt gradering, faller sammen med økningen i graderingsandelen – eller at man i stor grad får til reduksjon i sykefraværet som følge av gradering i denne sektoren. Her kreves videre analyser.

## 2.3 Empiriske analyser

### 2.3.1 Innledning

Formålet med analysene er å estimere effekt av bruk av graderte sykemeldinger på sykefraværsraten. Datasettet vi har tilgjengelig er et panel i flere dimensjoner. For detaljerte næringskoder har vi kvartalsvise data om fravær fra 2000 til 2011. Informasjon om antall ansatte, sykepengedagsverk, tilfeller av sykefravær og mulige dagsverk kan grupperes etter kjønn og alder. Antall tilfeller og sykepengedagsverk kan i tillegg grupperes i graderingsintervaller.

Dette datasettet gjør det mulig å analysere sykefravær i mange aggregeringsdimensjoner. Vi vil her rapportere regresjonsanalyser basert på aggregerte data fra hovednæringer. Datamaterialet er i utgangspunkt gruppert slik:

$$abs_{ntak} = f(\text{aldersgrupper}_{ntk}, \text{kjønn}_{nta}, \text{gradering}_{ntak}; \text{næring})$$

Fraværet observeres for næring  $n$  for alle tidspunkt  $t$ , for ulike aldersgrupper  $a$  og kjønn  $k$ . Informasjonen om næring, alderssammensetning og kjønn er kategorisk inndelt mens gradering er operasjonalisert som andel av sykepengedagsverk som er graderte.

Som utfall i analysene bruker vi tre ulike variable. I utgangspunktet benytter vi antall sykepengedagsverk per mulige dagsverk. Denne kan dekomponeres i antall sykepengedagsverk per tilfelle og antall tilfeller per mulige dagsverk. Økt bruk av gradering, for alt annet likt, vil bidra til at sykepengedagsverk per mulige dagsverk blir redusert. Denne effekten forutsetter at gradering ikke påvirker lengden på fraværet og/eller antall tilfeller av fravær per mulige dagsverk. Bruk av de tre ulike utfallsvariablene vil gi oss større innsikt i hvilken eller hvilke variable bruk av gradering påvirker.

Ulike næringer gir sannsynligvis ulike forutsetninger for at graderte sykemeldinger kan benyttes. Muligheten for å gjøre annet arbeid eller bidra delvis i vanlige arbeidsoppgaver varierer og kan til en viss grad fanges opp av næringstilknytning. I våre data er næringsnivået detaljert (om lag 600 ulike næringskoder), slik at denne antagelsen virker rimelig. I alle næringer vil det være administrative stillinger som har større fleksibilitet enn de mer operative arbeidsoppgavene. Vi klarer ikke å fange opp disse i datamaterialet, men antar at effekten er beskjeden og andel administrativt personale med støttefunksjoner som relativt likt fordelt næringene imellom.

### 2.3.2 Metodisk tilnærming

Vi estimerer modellene ved bruk av såkalte faste effekter (fixed effects, FE) på hovednæringsnivå interagert med kjønn og alderskategorier. Som nevnt over kan nærings- og bransjespesifikke faktorer påvirke bruk av gradering. Selv om ikke bedrifter selv rår over sykmelders praksis kan sykmelders innsikt i arbeidsoppgaver påvirke vurderingen av bruk av graderte sykemeldinger. Nivået på fraværet kan også tenkes å påvirke holdningen til bruk av graderte sykemeldinger i næringene. De faste effektene fjerner til en viss grad seleksjonseffekter som kan påvirke muligheten for bruk av gradering. Når vi i tillegg velger å ha faste effekter på næringsnivå, interagert med kjønn og aldersgruppe, kontrollerer vi for at faste kjønns- og alderseffekter i hver hovednæring. Vi kan ikke hevde at vi estimerer en kausal effekt, men bruk av faste effekter fjerner en kilde til endogenitet. I teksten vil vi bruke begrepet effekt om estimerte sammenhenger uten at de nødvendigvis skal tolkes om kausale. I alle spesifikasjoner rapporterer vi resultater fra minste kvadraters metode (MKM) og tilfeldige effekter (random effects, RE). RE og FE er beslektede metoder som håndterer næringsnivået under ulike forutsetninger.

### 2.3.3 Resultater

I tabell 2.4 har vi rapportert resultatene fra analyser av data aggregert opp på hovednæringsnivå. Resultatene viser at graderingsandelen er negativt assosiert med fraværsraten (SPD\_MDV), sykepengedagsverk per tilfelle (SPD\_TILF) og antall tilfeller per mulige dagsverk (TILF\_MDV). De kvalitative resultatene holder i alle spesifikasjoner, men verdiene varierer mellom metodene. En koeffisient på  $-0,08$  av andel graderte sykepengedagsverk betyr at 1 prosentpoengs økning i andel graderte sykepengedagsverk vil, i gjennomsnitt, redusere fraværsraten med  $0,08$  prosentpoeng. Effekten på antall sykepengedagsverk per tilfelle er estimert til  $-8,3$  i MKM-modellen. Dette betyr at en økning på 1 prosentpoeng i andel graderte sykepengedagsverk vil redusere antall dagsverk per tilfelle med  $0,08$ , ca 6 prosent i forhold til gjennomsnittet.

Vi merker oss at de estimerte koeffisientene er lavere i FE og RE-analysene. Hvis graderingsandelen er korrelert med næringsspesifikke<sup>3</sup> forhold som er konstante over tid, vil MKM-estimatene være skjevt estimert.

**Tabell 2.4 Regresjonsanalyser av aggregerte data på hovednæringsnivå**

Avhengig	SPD_MDV	SPD_TILF	TILF_MDV	SPD_MDV	SPD_TILF	TILF_MDV	SPD_MDV	SPD_TILF	TILF_MDV
Andel graderte sdv	-0.082***	-8.28***	-0.0032***	-0.035***	-4.02***	-0.00091***	-0.034***	-3.98***	-0.00092***
	(-21.9)	(-20.7)	(-14.2)	(-6.44)	(-5.51)	(-3.04)	(-6.49)	(-5.57)	(-3.08)
N	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534
R <sup>2</sup> -justert	0.655	0.820	0.705	0.463	0.432	0.334			
Metode	MKM	MKM	MKM	FE	FE	FE	RE	RE	RE
N Næring * kjønn * alder				211	211	211	211	211	211

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. I regresjonsanalysene er det kontrollert for antall ansatte (ln), interaksjonene mellom alder og kjønn, år og kvartal.

Resultatene fra kontrollvariablene i MKM-analysene (ikke rapportert i tabellene) viser at kvinner i gjennomsnitt har flere tilfeller av fravær enn menn, men at gjennomsnittslengden på fraværet er kortere. Eldre arbeidstakere har i gjennomsnitt lengre fravær enn yngre, men antall tilfeller er ikke stigende med alder. Det siste resultatet drives sannsynligvis av at det er en seleksjonseffekt blant eldre arbeidstakere, der de med best helse står lengst i arbeidslivet, og har relativt færre fraværstilfeller.

### 2.3.4 Sensitivitetsanalyser

Estimatene i analysen over tyder på at økt bruk av gradering har bidratt til å redusere sykefraværet. Resultatene indikerer også at begge komponentene påvirkes, både lengde og antall tilfeller. Vi kan imidlertid ikke utelukke at resultatene skyldes andre forhold som ikke er kontrollert for i analysene. Samtidig vet vi at økt bruk av gradering ble anbefalt på et gitt tidspunkt i perioden vi ser på. Graderingsandelen kan derfor fange opp dette skiftet, og at endringer i graderingsandelen ikke har effekt ut over denne endringen. Vi skal se nærmere på problemstillingen ved hjelp av en utvidet modell der vi tillater at den kontinuerlige effekten av andel graderte sykepengedagsverk varierer over tid. I de deskriptive analysene observerer et skarpt skift i graderingsandel og sykefraværsraten rundt 3. kvartal 2004. Med utgangspunkt i modellene estimert over, inkluderer vi en kontroll for perioden før og etter dette skiftet og tester hvorvidt effekten av bruk av gradering er ulik i de to periodene. Resultatene er rapportert i tabell 2.5.

<sup>3</sup> Også for hvert kjønn og aldersgruppe

**Tabell 2.5 Regresjonsanalyser av aggregerte data på hovednæringsnivå – 2 perioder**

VARIABLE	SPD_MDV	SPD_TILF	TILF_MDV	SPD_MDV	SPD_TILF	TILF_MDV	SPD_MDV	SPD_TILF	TILF_MDV
Andel graderte sdv	-0.11***	-11.5***	-0.005***	-0.02***	-4.05***	-0.0007	-0.03***	-4.15***	-0.0007
	(-18.3)	(-17.5)	(-12.5)	(-3.14)	(-3.91)	(-1.37)	(-3.21)	(-4.09)	(-1.44)
D2003_4	-0.01***	-1.6***	-0.001***	-0.01***	-1.8***	-0.001***	-0.01***	-1.8***	-0.001***
	(-9.69)	(-8.54)	(-6.15)	(-11.4)	(-9.99)	(-7.37)	(-11.3)	(-9.96)	(-7.44)
D2003_4 * andel gradert	0.038***	4.41***	0.002***	0.010*	2.29***	0.00054	0.011*	2.39***	0.00056
	(7.77)	(7.38)	(5.92)	(1.79)	(2.95)	(1.39)	(1.87)	(3.04)	(1.46)
Effekt 20034+	-0.071	-7.05	-0.0028	-0.014	-1.77	-0.0002	-0.013	-1.76	-0.0002
P-verdi interaksjon	0.00	0.00	0.00	0.02	0.03	0.64	0.02	0.03	0.61
N	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534	7,534
R <sup>2</sup> -justert	0.660	0.822	0.706	0.500	0.454	0.349			
Metode	MKM	MKM	MKM	FE	FE	FE	RE	RE	RE
N Næring * kjønn * alder				211	211	211	211	211	211

\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1. I regresjonsanalysene er det kontrollert for antall ansatte (ln), interaksjonene mellom alder og kjønn, år og kvartal.

De estimerte effektene av andel graderte sykepengeårsværk gjelder for perioden før 3. kvartal 2004. Resultatene indikerer at gradering bidro til å redusere fraværsraten, men kun gjennom å redusere antall sykepengedagsværk per tilfelle. Økt bruk av gradering påvirket ikke andel tilfeller signifikant. Kontrollen for 3. kvartal 2004 og senere (D2003\_4) viser at perioden skiller seg fra tiden før gjennom lavere fraværsrate, kortere fraværslengde og færre tilfeller. Bidraget fra denne kontrollen konkurrerer med endringen i andel graderte sykefraværsdagsværk, men det kan ikke utelukkes at andre tiltak og makroøkonomiske betingelser har påvirket fraværsutviklingen simultant.

Summen av estimatene fra graderingsandel og interaksjonsleddet kan tolkes som effekten av bruk av gradering etter 3. kvartal 2004. I tabellen viser Effekt 20034+ summen. Den statistiske signifikansen av summen er rapportert under (p-verdi). Resultatene viser at økt bruk av gradering bidrar til redusert fraværsrate gjennom kortere fraværslengde, men at andel tilfeller ikke påvirkes. Endringen i effekt på andel tilfeller kan ha flere tolkninger. En er at perioden preges av andre forhold som påvirker sykefraværet direkte eller legers bruk av graderinger. Dette kan være makroøkonomisk utvikling som påvirker sykefraværet (at IA-avtalen begynner å virke denne perioden) eller praksisendringer (feks bevisstgjøring gjennom Legeprogrammet, se kapittel 5), som ikke nødvendigvis er assosiert med bruk av gradering.

### 2.3.5 Oppsummering

Vi finner empirisk støtte for at økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten. Bak dette generelle resultatet finner vi mest støtte for at bidraget skjer gjennom redusert antall sykepengedagsværk per sykefraværstilfelle. Økt bruk av gradering kan tolkes som en reform i sykemeldingspraksisen. Vi har tatt hensyn til dette ved å estimere effekter av gradering før og etter denne reformen. Dette hensyntatt, viser resultatene at økt bruk av gradering ser ut til å redusere fraværsraten. Kanalen graderingen virker gjennom, endrer seg noe når reformperioden er tatt hensyn til. Effekten gjennom antall tilfeller per mulige dagsværk blir mindre viktig, og statistisk sett ikke signifikant.

I datamaterialet vi har analysert, har vi alle lengder av sykefraværstilfeller som går ut over egenmeldingsperioden. Gradering som virkemiddel kan tenkes å være viktigere med økende



fraværslengde. Bruk av gradering er sannsynligvis et viktig virkemiddel i forhold til å ivareta kontakt med arbeidslivet ved lange fravær. I den konteksten kan gradering bidra til redusert utstøting fra arbeidslivet.

I våre analyser finner vi minst støtte for at gradering har bidratt til en reduksjon i andel fraværstilfeller, selv om effekten ikke kan utelukkes som signifikant i noen analyser.

## 2.4 Oppsummering

Det ligger svært mye informasjon i registerdata som vi utnytter i dette prosjektet. Kvinner har høyest andel av sykefraværet gradert og det er i aldersgruppene mellom 30 og 62 vi finner høyest andel av gradering av sykefraværet. De yngste og eldste har altså lavest graderingsandel.

Vi finner at sannsynligheten for å få gradert sykmelding systematisk øker med utdanning. Det er de med høyest utdanning som har høyest andel av sykmeldingene som gradert. Det gir seg også utslag i forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, der typisk yrker uten krav til spesiell utdanning har den laveste graderingsandelen. Deretter kommer operatører, sjåførere og håndverkere. De yrkesgruppene med høyest andel av sykefraværet gradert har typisk lederjobber eller akademiske yrker.

Privat sektor ligger betydelig lavere i graderingsandel enn stat, kommune og fylke. Når vi ser på næringsfordelingene finner vi at i den nedre enden av skalaen med rundt 20 prosent av fraværsdagene gradert ligger industri, bygg og anlegg, olje og gass og transport. Høyest, med rundt 35 prosent av sykefraværet gradert, finner vi eiendomsdrift, offentlig administrasjon og undervisning.

Vi finner empirisk støtte for at økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten. Bak dette generelle resultatet finner vi mest støtte for at bidraget skjer gjennom redusert antall sykepengedagsverk per sykefraværstilfelle. Økt bruk av gradering kan tolkes som en reform i sykemeldingspraksisen. Vi har tatt hensyn til dette ved å estimere effekter av gradering før og etter denne reformen. Dette hensyntatt, viser resultatene at økt bruk av gradering ser ut til å redusere fraværsraten. Kanalen graderingen virker gjennom, endrer seg noe når reformperioden er tatt hensyn til. Effekten gjennom antall tilfeller per mulige dagsverk blir mindre viktig, og statistisk sett ikke signifikant.

I datamaterialet vi har analysert, har vi alle lengder av sykefraværstilfeller som går ut over egenmeldingsperioden. Gradering som virkemiddel kan tenkes å være viktigere med økende fraværslengde. Bruk av gradering er sannsynligvis et viktig virkemiddel i forhold til å ivareta kontakt med arbeidslivet ved lange fravær. I den konteksten kan gradering bidra til redusert utstøting fra arbeidslivet.

I våre analyser finner vi minst støtte for at gradering har bidratt til en reduksjon i andel fraværstilfeller, selv om effekten ikke kan utelukkes som signifikant i noen analyser. Dette resultatet peker mot en dimensjon i sykefraværet som økt gradering sannsynligvis ikke kan endre. Forhold på arbeidsplassen som skaper sykefravær kan vise seg som et viktig fokusområde når bruk av gradering har maksimert sitt potensial i kampen mot høyt sykefravær.



# 3 Oppfølging, gradering og tilrettelegging

## 3.1 Bakgrunn

Ut over 1990-tallet bredte det seg en oppfatning blant politikere og i arbeidslivet om at det norske sykefraværet var for høyt. Hvorvidt det norske sykefraværet var, og er, for høyt er imidlertid et spørsmål forskere har diskutert (se bl.a. Mykletun et al. 2010, Westin 2006, Wergeland og Bruusgaard 2005). Ønsket om å redusere sykefraværet førte til at Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet 3. oktober 2001. Målet er å få til 20 % reduksjon i sykefraværet fra nivået i 2001 samtidig som det skal inkluderes flere med redusert funksjonsbegrensning og at avgangsalderen skal økes. En rekke tiltak er iverksatt for å få ned sykefraværet – noen gjelder for IA-virksomheter spesielt, andre er nedfelt i lovverket og gjelder alle norske virksomheter. Særlig har IA-avtalen og trepartssamarbeidet (arbeidsgivere, arbeidstakere og myndighetene) ført til flere lovendringer (2004, 2007 og 2011), som gjør at pliktene til virksomheter med og uten IA-avtale i praksis er de samme.

1. juli 2004 ble folketrygdloven endret for å pålegge alle sykmeldte aktivitetsplikt innen åtte uker. Regelendringen innebar at leger i størst mulig grad skulle skrive ut graderte sykmeldinger. Inaktivitet utover åtte uker skulle være medisinsk begrunnet. Kann og Brage (2007) fant at de fleste legene i en spørreundersøkelse besvart av 2 244 leger, var positive til regelendringen og hadde endret sin praksis i tråd med lovverket. Registerundersøkelser viste at sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde pasientene, hadde større sannsynlighet til å holde seg i arbeid. Sannsynligvis skyldtes dette at langvarig fravær i seg selv er en risikofaktor for å falle ut av arbeidslivet. Legene sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepenger. 1. mars 2007 ble både arbeidsmiljøloven og folketrygdloven endret slik at arbeidsgiver i større grad skulle tilrettelegge for og følge opp, sykmeldte (man fikk innført krav om utarbeidelse av oppfølgingsplan og gjennomføring av dialogmøter).

1. juli 2011, ble det igjen gjort endringer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Det ble innført mer av det samme som i 2004 og 2007; enda større fokus på arbeidsaktivitet og enda tettere, og tidligere, oppfølging av sykmeldte. Endringene kom på bakgrunn av anbefalinger om en «*aktiviserings- og nærværsreform*» fra Stoltenberg II-regjeringens oppnevnte ekspertgruppe for sykefravær (Mykletun et al. 2010). På bakgrunn av effekter ekspertgruppen så av regelendringene i 2004, ble det foreslått at gradert sykmelding skal være hovedregelen ved sykefravær. For fravær ut over åtte uker skal det bare rent unntaksvis benyttes 100 % sykmelding. Tiltaket impliserer tro på at det fortsatt er et uutnyttet potensial for gradering av sykmeldinger. Med regelendringene 1. juli 2011 fulgte også et mer formelt møte- og rapporteringssystem i oppfølgingen av sykmeldte. Både arbeidsgiver, arbeidstaker, NAV, BHT

og fastlegen forpliktes til å bidra i sykefraværsoppfølgingen, og manglende rapportering og deltakelse utløser økonomiske sanksjoner<sup>4</sup>. Dette beskrives nærmere i kapittel 3.2.

I dette kapittelet ser vi nærmere på muligheter, utfordringer og konsekvenser av gradert sykmelding for ulike aktører involvert i sykmeldingsforløpet. Når flere skal sykmeldes gradert, betyr det at det er flere som trenger tilrettelegging på arbeidsplassen. Med tilrettelegging tenker vi ikke bare på eventuelle fysiske/ergonomiske tilretteleggingstiltak, men også organisatoriske eller psykososiale tilpasninger. Dette kan f.eks. handle om tilrettelegging av arbeidstid og arbeidsoppgaver, omskolering, støtte og oppfølging fra leder. Vi forstår tilrettelegging i forbindelse med gradert sykmelding som alle grep som må gjøres på en arbeidsplass når en sykmeldt skal arbeide mindre eller annerledes enn i sin "vanlige" stilling. Vi vil ha særlig fokus på arbeidsplassen i dette kapitlet, da dette er et perspektiv som i liten grad dekkes av den eksisterende litteraturen på området.

I dette og andre SINTEF-prosjekt har vi gjennomført en rekke intervju der oppfølging av sykmeldte – herunder gradert sykmeldte - har vært tema (intervju med arbeidsgivere, tillitsvalgte, leger, bedriftshelsetjenester og NAV arbeidslivssenter). Data fra spørreundersøkelser blant ledere og tillitsvalgte i forbindelse med SINTEF-evalueringene av IA-avtalen vil også benyttes. Før egne funn presenteres, gjennomgås eksisterende forskning på feltet. Se for øvrig vedlegg I for utdyping av datagrunnlag og metode.

Dette kapitlet er bygget opp slik: Kapittel 3.2 tar for seg regelverket i forbindelse med oppfølging av sykmeldte i Norge. I kapittel 3.3 presenteres nasjonal og internasjonal forskning på graderte sykmeldinger og tilrettelegging for sykmeldte. I kapittel 3.4 presenteres vår egen empiri på graderte sykmeldinger og tilrettelegging. Kapittel 3.5 inneholder diskusjon og konklusjon.

## 3.2 Regler for oppfølging av sykmeldte

I følge arbeidsmiljøloven og folketrygdloven har arbeidsgiver hovedansvaret for å tilrettelegge og følge opp sykmeldte på arbeidsplassen, mens arbeidstaker plikter å samarbeide om å finne løsninger som hindrer unødige lange sykefraværsløp. Også sykmelder og NAV har formelle roller i oppfølgingsarbeidet.

### 3.2.1 Oppfølgingsplaner og dialogmøter

I følge NAV<sup>5</sup> skal arbeidsgiver skal ta initiativet til å lage en **oppfølgingsplan** sammen med arbeidstaker, senest innen fire ukers sykmelding. Planen skal beskrive hva som skal til for at den sykmeldte kan være helt eller delvis i arbeid. Unntaket er hvis det er åpenbart unødvendig, for eksempel i tilfeller der det er klart at arbeidstaker kan komme tilbake i jobb uten tilrettelegging eller når det kan fastslås at vedkommende ikke vil være i stand til å komme tilbake til arbeid. Oppfølgingsplanen skal sendes sykmelder.

---

<sup>4</sup> Sanksjoner mot arbeidsgivere trådte i kraft først 01.01.2012, etter innspill fra arbeidsgiverorganisasjonene om behov for tid til å tilpasse seg de nye reglene.

<sup>5</sup> <http://www.nav.no/Arbeid/Oppfo%20gging+av+sykmeldte/Nye+regler+for+oppfo%20gging+av+sykmeldte.282316.cms>

Hvis arbeidstakeren har vært sykmeldt helt eller delvis i syv uker, skal arbeidsgiver innkalle til **dialogmøte én**. Sykmelder skal delta, med mindre arbeidstaker ikke ønsker det, eller arbeidsgiver og arbeidstaker vurderer at det ikke er hensiktsmessig. Finnes det bedriftshelsetjeneste, skal den delta. Målet er å finne løsninger i virksomheten som kan hjelpe den sykmeldte tilbake i arbeid. Oppfølgingsplanen oppdateres i dette møtet.

Innen ni uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplanen til NAV, sammen med **rapporterings skjema** med informasjon om oppfølgingsarbeidet.

Hvis sykmeldingen forlenges, skal NAV-kontoret innkalle til et **dialogmøte 2 senest innen 26 uker**. Både arbeidstaker og arbeidsgiver er pliktig til å delta, sykmelder og annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig. Hvis arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder eller NAV mener det er behov for det, skal dialogmøte 2 framskyndes, og det er mulig å be om et **dialogmøte 3**. NAV skal følge opp med sanksjoner ovenfor de som ikke følger opp sitt ansvar i oppfølgingsarbeidet. Oppfølgingspliktene gjelder uavhengig av om arbeidstaker er helt eller delvis sykmeldt.

Med mindre det er åpenbart unødvendig, skal det utarbeides oppfølgingsplan og gjennomføres dialogmøter. Unntaksregelen vil gjelde for eksempel hvis arbeidstaker:

- høyst sannsynlig vil komme tilbake uten tilrettelegging, eller
- når det kan fastslås at vedkommende ikke vil være i stand til å komme tilbake til arbeid

Hvis pliktene ikke overholdes, vil arbeidsgiver kunne ilegges overtredelsesgebyr tilsvarende seks rettsgebyr (5 160 kroner pr. 1.7.2011) for hvert pliktbrudd. Arbeidstaker risikerer stans i sykepengene, og sykmelder risikerer å bli ilagt et overtredelsesgebyr på tilsvarende 12 rettsgebyr (10 320 kroner pr. 1.7.2011) ved manglende oppmøte på minst syv dialogmøter. Sykmelder risikerer også å miste retten til å skrive sykmeldinger. Det vil sendes forhåndsvarsel før NAV eventuelt iverksetter sanksjoner.

Målet med å lage oppfølgingsplaner og gjennomføre dialogmøter er at arbeidsgiver og den sykmeldte så tidlig som mulig skal snakke sammen og finne løsninger som hindrer at fraværet blir lengre enn nødvendig.

## 3.2.2 Tilretteleggingsplikts omfang

### 3.2.2.1 Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt

For arbeidsgiverne er ikke tilretteleggingsplikten nærmere definert enn at det skal tilrettelegges for arbeidstaker "så langt det er mulig" (arbeidsmiljøloven § 4-6). Plikten gjelder uavhengig av diagnose, arbeidsforhold, stillingsgrad, og om reduksjonen i arbeidsevne er arbeidsrelatert eller ikke, varig eller midlertidig. Arbeidsgiver skal først og fremst prøve å legge forholdene til rette for at de ansatte kan fortsette sine vanlige arbeidsoppgaver. Dersom dette blir vanskelig, skal mulighetene for annet passende arbeid i virksomheten vurderes. I følge en veiledning utarbeidet i samarbeid mellom Arbeidstilsynet, NAV og Petroleumstilsynet (ANP 2011), betyr dette at tilretteleggingsplikten er vidtrekkende, men ikke absolutt. Arbeidsgiver må gjøre en skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle, og for en arbeidstaker som har fått nedsatt arbeidsevne, må arbeidsgiver "gjøre betydelige anstrengelser for at vedkommende skal kunne fortsette i virksomheten". Arbeidsgiver må kunne dokumentere forsøk på tilrettelegging og oppfølging. Graden av tilrettelegging eller forsøk på dette,

viser arbeidsgivers vilje til å ta vare på egne ansatte. Arbeidstaker må på sin side medvirke i tilretteleggingsarbeidet.

I veilederen (ANP 2011, s. 27) har man trukket fram et eksempel fra rettspraksis når det gjelder minstekrav til tilrettelegging hos arbeidsgiver:

*"I en dom fra lagmannsretten ble det satt minstekrav til arbeidsgiver. En salgskonsulent i en fraktavdeling var langtidssykmeldt uten at det ble tilrettelagt for ham. Arbeidsgiver kunne ikke dokumentere at det hadde vært noen oppfølging av arbeidstakeren gjennom fraværperioden, annet enn at arbeidstakeren hadde forsøkt aktiv sykmelding i en annen avdeling med tyngre arbeidsoppgaver. Retten la vekt på at arbeidsgiver verken hadde vurdert bruk av hjelpemidler eller annen tilrettelegging på den opprinnelige arbeidsplassen, og at en aktiv sykmelding på opprinnelig arbeidsplass måtte være et minimum av hva som forlanges av en arbeidsgiver."*

I følge veilederen (ibid.) vil det kreves mer av en stor virksomhet med mange ulike arbeidsoppgaver enn av en liten virksomhet med små faktiske muligheter for tilrettelegging og omplassering. Det er for eksempel slik at i en kommune eller i en stor privat virksomhet skal *alle* arbeidsområder i virksomheten vurderes som potensielle i tilretteleggingsøyemed.

Tilrettelegging vil i mange tilfeller utgjøre en eller annen form for kostnad for virksomhetene. I følge veiledningen til Arbeidstilsynet, NAV og Petroleumstilsynet, plikter virksomhetene å undersøke hvilke muligheter for økonomisk støtte myndighetene stiller til rådighet for å lette de økonomiske belastningene tilrettelegging kan medføre. Myndighetene vil ikke kunne pålegge små virksomheter svært kostbare tilretteleggingstiltak, mens dette vil kunne kreves av en stor virksomhet med mange ansatte. I denne forbindelse skal man også ta med i betraktningen om tilretteleggingsbehovet er midlertidig eller varig, da det ikke er rimelig å innføre kostnadskrevenne tilretteleggingstiltak for en begrenset periode. Tilretteleggingsplikten omfang skal også vurderes opp mot arbeidsgivers (og arbeidstakers) behov for avklaring og framdrift. I ANP 2011 (s. 29) er dette eksemplifisert med følgende rettsavgjørelse:

*"En lagmannsrettsdom fra 2004 illustrerer dette. Arbeidsgiver fremmet oppsigelse på grunn av lang tids sykdom hos arbeidstakeren. Arbeidstaker hevdet at oppsigelsen var usaklig. Arbeidsgiver ble frikjent både i tingretten og lagmannsretten. Her ble det lagt til grunn at arbeidsgiver hadde gjort tilstrekkelige forsøk på tilrettelegging og omplassering, og at oppsigelsen for øvrig måtte anses som saklig og ikke urimelig. Arbeidstakeren hadde fått tre forskjellige tilbud om annet arbeid, men takket nei til alle forslag. Arbeidsgiver ventet med oppsigelse nærmere fire måneder utover fristen arbeidstakere i kommunen er beskyttet av (to år). Etter flere mislykkede forsøk på å få til en ordning, var det nødvendig og forståelig at kommunen som arbeidsgiver måtte få en endelig avklaring. På tidspunktet oppsigelsen fant sted, var det fra arbeidstakers side ikke dokumentert noe i retning av at hun snarlig ville bli frisk."*

Det er vanskelig å skulle vurdere hvor grensen for tilretteleggingsplikten går for den enkelte arbeidsgiver. Hvis man kommer til en situasjon der arbeidsgiver finner at ytterligere tilrettelegging ikke er mulig, skal det kunne dokumenteres at alle relevante alternativer er vurdert og eventuelt forsøkt

gjennomført. Dette gjelder både tilrettelagte oppgaver i arbeidstakers vanlige arbeid, og evt. annet arbeid i bedriften.

### 3.2.2.2 Arbeidstakers medvirkningsplikt

Arbeidstakers medvirkningsplikt er nedfelt i arbeidsmiljølovens § 2-3 og folketrygdlovens § 8-7a og § 8-8. Her går det fram at ansatte har plikt til å gi opplysninger til arbeidsgiver og NAV om egen funksjonsevne, og å bidra til at hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet og utprøving av funksjonsevnen blir utredet og iverksatt. Retten til sykepenger faller bort dersom medlemmet uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger eller medvirke til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om behandling, rehabilitering, tilrettelegging av arbeid og arbeidsutprøving eller arbeidsrettede tiltak. Det samme gjelder dersom den ansatte uten rimelig grunn unnlater å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner, eller unnlater å delta i dialogmøter.

Passivitet fra arbeidstakers side vil kunne redusere tilretteleggingspliktens omfang for arbeidsgiveren. Årsaken til passiviteten må imidlertid også vurderes – dersom den skyldes andre årsaker enn sykdom, vil dette neppe anses som rimelig grunn. I en lagmannsrettsdom kom man fram til følgende resultat etter at en ansatt i et byggefirma hadde unnlatt å medvirke (ibid., s. 29):

"En kranfører ble oppsagt av entreprenørfirmaet etter fem ukers sykefravær. Arbeidstakeren sendte en tekstmelding første fraværsdag og skrev at han ville komme innom med sykmelding. Arbeidsgiver hørte ikke mer fra arbeidstakeren og fikk heller ikke kontakt med ham per telefon, selv etter gjentatte forsøk. Arbeidsgivers uvisshet om hvor lenge arbeidstakeren ville bli borte skapte økonomiske og praktiske problemer for firmaet. Lagmannsretten fant at oppsigelsen var saklig, og at unnlattelse av å innkalle til samtale ikke hadde betydning for utfallet. Retten uttalte også at det var arbeidstakers ansvar å kommunisere med arbeidsgiveren om fraværet, og at arbeidsgiver ikke burde behøve å «drive detektivarbeid» i en travel høysesong."

Skarning (2011) har sett på forarbeidene til lovendringene som kom 1. juli 2011 (Prop. 89 L (2010-2011)). Arbeidsdepartementets uttalelser i forbindelse med dialogmøtene lød som følger:

Dersom arbeidstaker uten rimelig grunn vegrer seg mot å samarbeide med arbeidsgiver i forbindelse med utarbeiding av planen, vil det naturlig begrense arbeidsgivers plikter til individuell tilrettelegging og til utarbeiding av oppfølgingsplaner.

Plikten til å medvirke ved gjennomføring av oppfølgingsplaner innebærer at arbeidstaker må gjøre det mulig for arbeidsgiver å gjennomføre tilretteleggingstiltak som arbeidsgiver er forpliktet til å igangsette. I forbindelse med omplassering etter arbeidsmiljøloven § 4-6 må arbeidstaker anses forpliktet til å ta i mot annet "passende arbeid" i virksomheten. Arbeidstaker har videre en plikt til å gjennomgå en viss opplæring eller omskolering for å tilegne seg den kunnskap og de kvalifikasjoner som er nødvendige for å utføre nye oppgaver i forbindelse med slikt arbeid. Som nevnt i punkt 3.2.3 vil arbeidsgiver også kunne ha plikt til å tilby arbeidstaker arbeid som ikke er "passende" i lovens forstand, men som arbeidstaker er kvalifisert til. Det kan imidlertid ikke av gjeldende rett utledes noen plikt for arbeidstaker til å ta i mot slikt arbeid.

Plikten for arbeidstaker til å delta i dialogmøter kom inn i loven i 2007. I Ot. prp. nr. 6 (2006-2007) vises det til at dersom dialogmøte skal lede til konkrete beslutninger om mulige

tilretteleggingstiltak og videre oppfølging for å sikre tilbakeføring til arbeid, er det en forutsetning at arbeidstaker opplyser om sin arbeidsevne og medvirker aktivt i møtet. Videre understrekes betydningen av at arbeidstaker slutter opp om en dialog med arbeidsgiver om mulig tilrettelegging av arbeidet, og deltar aktivt i forhold til bruk av de virkemidler som står til rådighet for arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidstakers bidrag er en forutsetning for at arbeidsgivers sykefraværarbeid skal ha reell effekt, og det må således stilles krav til arbeidstakers medvirkning i tilretteleggingsprosessen.

Prop. 89 L (2010-2011) s. 17)

Et poeng i Skarning (2011, s. 43), og noe vi har erfart ofte diskuteres ute i virksomhetene, er i hvilken grad man kan "degradere" den sykmeldte i form av å sette vedkommende til å gjøre arbeidsoppgaver som er betydelig "enkler" enn vedkommende sine vanlige oppgaver. Som vi ser av beskrivelsen over, kan arbeidsgiver i visse tilfeller være pliktig til å tilby arbeid som ikke anses som "passende" for den ansatte. Skarning kommenterer at i samsvar med målet om inkludering, bør man i mindre grad ha fokus på "degradering", i og med at målet er å få den ansatte tilbake i arbeid. Det er imidlertid ikke tvil om at dette kan oppleves som problematisk for den sykmeldte.

### 3.3 Forskning på graderte sykmeldinger og tilrettelegging

Storparten av forskningen vi har funnet relevant i forhold til graderte sykmeldinger og tilrettelegging for sykmeldte på arbeidsplassen, kommer fra de nordiske landene. Litteraturen inneholder typisk effektstudier (særlig mht. «return-to-work»), forløpsstudier (gradert sykmeldt, fullt sykmeldt, full jobb), studier som ser på individkarakteristika ved pasienter og leger i forhold til gradert sykmelding og tilrettelegging, samt en del studier om holdninger til gradert sykmelding. Sistnevnte omtales særskilt i kapittel 4.

#### 3.3.1 Gradert sykmelding

Som vi så i forrige kapittel har kvinner høyest andel av sykefraværet gradert, og det er i aldersgruppene mellom 30 og 62 vi finner høyest graderingsandel. De yngste og eldste arbeidstakerne har altså lavest graderingsandel. Vi fant at sannsynligheten for å få gradert sykmelding systematisk øker med utdanning. Det er de med høyest utdanning som har høyest andel av sykmeldingene som gradert. Det gir seg også utslag i forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, der typisk yrker uten krav til spesiell utdanning har den laveste graderingsandelen. Deretter kommer operatører, sjåførere og håndverkere. De yrkesgruppene med høyest andel av sykefraværet gradert har typisk lederjobber eller akademiske yrker. Privat sektor ligger betydelig lavere i graderingsandel enn stat, kommune og fylke. Når vi ser på næringsfordelingene finner vi at i den nedre enden av skalaen, med rundt 20 prosent av fraværstidene gradert, ligger industri, bygg og anlegg, olje og gass og transport. Høyest, med rundt 35 prosent av sykefraværet gradert, finner vi eiendomsdrift, offentlig administrasjon og undervisning.

Vi finner også gjennom regresjonsanalyser på celle-data (aggregerte data på detaljert næringsnivå) fra register, fant vi empirisk støtte for at økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten. Bak dette generelle resultatet ser vi at bidraget skjer gjennom redusert antall sykepengedagsverk per sykefraværstilfelle. Partielt er dette resultatet som ventet, gradering påvirker antall sykefraværstidspunkter som dekkes av folketrygden, men ikke antall tilfeller.



Når vi åpner opp for at effektene kan være ulike for menn og kvinner og for ulike aldersgrupper finner vi interessante forskjeller. Resultatene indikerer at gradering er mest gunstig for de eldste ansattgruppene. Også her ser effekten til å komme gjennom redusert lengde på fraværstilfellene (omregnet i dagsverk). I de samme analysene finner vi motsatt effekt av gradering blant de yngste ansattgruppene. Dette er interessante forskjeller som kanskje kan forklares av forskjeller i utdanning og arbeidsoppgaver. Vi finner ingen kvalitative forskjeller mellom kvinner og menn i analysene.

Antall sykefraværstilfeller per ansatt påvirkes ikke signifikant i analysene, med ett unntak for de aller eldste ansattgruppene. Dette viser en dimensjon i sykefraværet som økt gradering sannsynligvis ikke kan endre.

Fokus på arbeidsaktivitet for arbeidstakere med reduserte arbeidsmuligheter er en generell trend i Europa, og særlig i de nordiske landene. Et av de nyeste norske bidragene i litteraturen er Brage et al. (2011). Artikkelen beskriver bruken av graderte sykmeldinger, endringer i bruken over tid og kjennetegn ved de som får gradert sykmelding. De bruker mer detaljert tallmateriale enn vi brukte i forrige kapittel, men resultatene er i stor grad de samme. De benytter data fra NAV sitt sykepengeregister fra perioden 1989-2010. Forskerne finner relativt stor geografisk variasjon i bruk av gradert sykmelding, med høyest bruk i Akershus og lavest i Nordland og Nord-Trøndelag. Det er også signifikante forskjeller mellom kjønn, der kvinner, og særlig gravide kvinner, oftere enn menn har gradert sykmelding<sup>6</sup>. Diagnose har stor betydning for om sykefraværet ble gradert eller ikke, og angst- og depresjonslidelser er den diagnosen som oftest starter med gradert sykmelding (12 % mot gjennomsnittlig 7 %).

Videre finner Brage et al. (2011) at det er store forskjeller mellom yrker og bruken av gradert sykmelding. De skiller mellom høyt utdannede og ledere, undervisning, sykepleiere, hjelpepleiere m.m., samt renhold, ufaglærte og butikkmedarbeidere. Resultatene viser at gradering blir brukt oftere innen yrker med høyt utdannet personell, og i yrker med høyt innslag av ledelse. Forfatterne hevder at variasjonen mellom yrkene kan skyldes arbeidsmiljøfaktorer som f.eks. muligheten til å bruke egen kompetanse, fysiske og psykiske krav i jobben og kontroll over egen arbeidssituasjon. Videre påpekes ulik seleksjon til ulike yrker, der helse inngår, som en faktor. De finner, som oss, at bruken av gradering varierer stort mellom næringer, med lavest graderingsandel i industri, bygg og anlegg og overnatting/servering, og høyest andel i offentlig administrasjon og undervisning. Det ble også forsøkt å belyse hvordan ulike variabler virker sammen på sjansen for at sykefraværet blir gradert, hvor utfallsvariabelen er tid til første gradering. Resultatene viser at for kvinner øker sjansene for gradering kraftig frem til ca. 35 år. Sjansen for gradering fortsetter å stige svakt frem til 56 år, hvorpå den synker kraftig. For menn stiger sjansene for gradering mer jevnt frem til 56 år, for deretter å synke noe, men mindre kraftig enn for kvinner. Resultatene fra analysen viser også at de som ikke er født i Norge, er skilt, ugifte eller separert, har mindre sjanse for å få gradert sykmelding.

Helde et al. (2010) finner store fylkesvise forskjeller i sykefraværets varighet innenfor samme diagnose. Selv om det innenfor en diagnose kan være stor variasjon i alvorlighetsgrad og muligheten for å arbeide, så argumenterer NAV-forskerne for at det ikke skulle være grunnlag for å vente betydelige forskjeller på fylkesnivå. Når dette viser seg å være tilfellet, mener de at dette peker i retning av at det

---

<sup>6</sup> Annerblom et al. (2001) og Renstig og Sandmark (2005) fant det samme i Sverige.

er forhold ut over sykdommen/diagnosen som vil bidra til å forklare variasjonen i sykefraværet. De finner også store fylkesvise forskjeller i sykmeldingsmønsteret mellom graderte og ikke-graderte sykefraværstilfeller, og for de fleste diagnosene de har undersøkt er det slik at de graderte sykmeldingene varte tre ganger så lenge som de ikke-graderte sykmeldingene.

Lie (2010) har analysert sykmeldinger for ti prosent av de som i perioden 2002-2009 er oppgitt med et arbeidsforhold av minst 200 dagers varighet (283 296 personer). Av disse er alle med minst én sykmelding i samme periode fulgt i forløpet fra sin første sykemelding. Forløpet etter sykemelding er registrert som overgangene og vandringen mellom tilstandene sykemelding, gradert sykemelding og jobb for disse personene. 78 % hadde minst én sykemelding i den observerte tidsperioden. Basert på dette datagrunnlaget beregnes det med hvilken hyppighet personer skifter mellom de tre tilstandene, med hvilken sannsynlighet de er i de ulike tilstandene, og antall dager de er i tilstandene.

Analysene er gjort separat for ulike alderskategorier og kjønn. De finner at de som har gradert sykmelding har lavere sannsynlighet for å komme tilbake til jobb enn de som er på full sykmelding. Dette gjaldt både for menn og kvinner separat, og for de ulike alderskategoriene. To hovedforklaringer foreslås å begrunne en slik sammenheng:

- At de som er innom gradert sykmelding i utgangspunktet er sykere, og derfor har lavere sannsynlighet for å vende tilbake til jobb, enn de som får full sykmelding,
- Bruk av gradert sykmelding fører faktisk til at det tar lengre tid før en person returnerer til jobb.

De finner også at yngre arbeidstakere har en høyere sannsynlighet for å skifte fra gradert sykmelding til full sykmelding, mens de har lavere sannsynlighet for å skifte i motsatt retning. Økende alder gir økt sannsynlighet for å være sykmeldt (fullt eller gradert). Sannsynligheten for å skifte fra jobb til sykmelding, og fra gradert til jobb, er nærmest identisk for kvinner og menn. Derimot er det en høyere sannsynlighet for kvinner enn menn for å gå fra jobb til gradert eller full sykmelding. Man finner ikke at det er forskjell mellom menn og kvinner i sannsynlighet for å returnere tilbake til arbeid. Det hevdes at årsaken til forskjeller i sykefravær mellom kvinner og menn, er at kvinner har større sannsynlighet for å bli sykmeldt. Basert på dette kan man anta at det ikke er ulikheter i det umiddelbare tilbudet menn og kvinner får for å returnere til jobb, men at kvinner oftere blir sykmeldt. Her påpeker Lie at dersom man har en intensjon om å redusere sykefraværet for kvinner, bør det fokuseres på årsaker til hvorfor kvinner blir sykmeldt.

Markussen et al. (2010) ser på effekten av gradert sykmelding for arbeidstakere som er langtidssykmeldte (mer enn åtte uker) i perioden 2001-2005. Sykefraværet er betraktet som en gradert sykmelding dersom den delvise sykmeldingen er satt i gang før tolv uker ut i sykefraværsforløpet. I datasettet er 29 prosent av sykefraværstilfellene gradert. De finner at gradert, sammenliknet med full sykmelding, gir et markant fall i sykefraværets varighet, og at bruk av gradering fører til en halvering fra det totale antallet fraværstimer knyttet til langtidssykefravær. Det ble blant annet kontrollert for den sykmeldtes utdanning, arbeidsplass, demografi, inntekt, sykefravær og fastlege.

Markussen et al. (2010) fant videre at det ikke er tilfeldig hvilke pasienter som får gradert sykmelding, og hvilke som får fulltidssykmelding. Seleksjonsproblematikken gjør det vanskelig å avdekke de

årsakssammenhengene man egentlig er interessert i ved å sammenligne hvordan det går med pasientene som har henholdsvis gradert- og fulltidssykmelding. Forfatterne viser til at fastlegene har svært ulik tilbøyelighet til å gradere fravær, og analyserer utfallet for pasienter som går til leger med ulik tilbøyelighet til å gradere sykmeldingene, alt annet lik<sup>7</sup>. Resultatene tilsier at gradert sykmelding bidrar til å redusere risikoen for å falle ut av arbeidsmarkedet, og fører til en halvering av det totale antallet fraværstimer knyttet til et langtidssykefravær.

Når det gjelder legers sykmeldingspraksis, så finner forskerne (ibid.) at leger som graderer ofte, tenderer til å være *strengere* enn leger som graderer sjelden. Legene som graderer ofte skriver ut færre langtidssykmeldinger enn leger som sjelden graderer, kontrollert for pasientenes kjennetegn. Samtidig påpekes det også at bruk av gradering bidrar til å redusere risikoen for tilbakefall til nye sykefravær og påfølgende bruk av rehabiliteringspenger, attføringspenger eller uførestønad. Forfatterne påpeker også at det er det flere potensielle kostnader som ikke tas hensyn til i analysen. En arbeidstaker som er gradert sykmeldt vil ofte trenge tilrettelegging, noe som vil kunne virke som en belastning og kostnad for andre arbeidstakere og arbeidsgiveren. Legens vurdering av resterende arbeidsevne vil også kunne tenktes å være unøyaktig, eller at arbeidstaker ikke forteller hele sannheten, hvilket kan implisere vanlige «moral hazard» problem.

I Finland ble mulighet for delvis sykmelding innført i 2007 og i 2008 ble det der utarbeidet en kunnskapsoppsummering om gradering av sykmeldinger (Kausto et al. 2008). Oppsummeringen tok utgangspunkt i studier fra Sverige, Finland, Norge og Danmark. De konkluderte med at studiene viste motstridene funn om hvorvidt gradert sykmelding har effekt på varigheten på sykefraværet, og at bruken av gradert sykmelding har økt de siste årene. Det er ulik bruk av gradering mellom de nordiske landene. Holdningen til gradering av sykmeldingene var positiv blant ulike aktørene. De fant at utfordringene ved å benytte gradert sykmelding ofte er relatert til praktiske problemer, for eksempel problemer på arbeidsplassen, rigide regler, eller dårlig samarbeid mellom de involverte partene. Det blir videre påpekt at for å fremme bruken av gradert sykemelding må arbeidsplassen være mer fleksibel i forhold til tilrettelegging. I en senere studie på finske data av sykefravær og uføretrygd, fant Kausto et al. (2010) at de som har vært 100 % sykmeldt har lavere sannsynlighet enn ansatte som har hatt gradert sykmelding for å bli delvis uføretrygdet. Har man hatt delvis sykmelding og går over i uførepensjon, er det altså større sannsynlighet for at man mottar delvis uførepensjon heller enn full uførepensjon.

I Sverige fikk man økt fokus på graderte sykmeldinger etter en regelendring i sykelønnsordningen i 1995. Regelendringen førte til bedre utfylte sykmeldingsblanketter, men det ble ikke funnet effekt på varigheten av sykefraværet, eller på bruken av graderte sykepenger (Englund et al., 2000). Nyere analyser fra Sverige finner imidlertid at ved å benytte gradert sykmelding, reduseres sannsynligheten for å bli frisk i de tre-fire første månedene av sykefraværet, for deretter øke sannsynligheten for å bli frisk og komme seg tilbake i arbeid (Andrèn 2008 og Andrèn 2009).

En annen studie fra Sverige, Sieurin et al. (2009), tar utgangspunkt i en spørreundersøkelse blant 1 128 svenske arbeidstakere som var langtidssykmeldt per 1. november 2005. Selve undersøkelsen er

---

<sup>7</sup> Her benyttes instrumentvariabelmetoden. Instrumentet er legenes graderingstilbøyelighet for gradert sykemelding, på menn og kvinner.

gjennomført i februar 2006, og 87 prosent oppgav at de fremdeles var sykmeldt (54 prosent gradert sykmeldt og 33 prosent fulltidssykmeldt). Rapportering av positive konsekvenser med å være sykmeldt var få, mens negative konsekvenser som påvirkning på lønnsutvikling og karrieremuligheter var mer vanlig. Det å være sykmeldt var forbundet med å miste lysten til å arbeide, selv om respondentene var tilbake i full jobb. Holdningen til deltidssykmelding var generelt positiv, selv om mange rapporterte at dette gikk negativt ut over kolleger og arbeidsmiljø. Forfatterne sier at dette kan være en indikasjon på at de fleste setter egen helse foran relasjoner på arbeidsplassen. Av de som returnerte til fulltidssjobb fra full sykmelding, hadde en fjerdedel byttet arbeidsoppgaver, mens dette bare gjaldt én av 25 for de som hadde vært gradert sykmeldt. To tredjedeler av de på fulltidssykmelding, mente at gradert sykmelding hadde vært bra for dem.

En dansk studie (Høgelund et al., 2010) undersøkte sannsynligheten for å returnere til full jobb igjen etter å ha vært gradert sykmeldt. 934 ansatte som hadde vært sykmeldt i over åtte uker inngikk i studien. De ansatte mottok vanlig lønn for de timene som ble arbeidet, og sykepenger for resten. Det ble lagt en plan for returnering til arbeidet allerede når sykmeldingen ble utskrevet. Ettersom helsen gradvis forbedres økes antall timer i jobb. Analysemetoden de benytter tar hensyn til uobserverbare forskjeller mellom de som er med i programmet (PP) og de som ikke er med i programmet (NP). De finner blant annet at for hver uke man benytter delvis istedenfor full sykmelding, øker den ukentlige sannsynligheten for å komme tilbake i opprinnelig arbeidstid med 51 %. De finner også en systematisk seleksjon av sykmeldte til graderingsprogrammet med planlagt retur; det er høy sannsynlighet for å bli med i programmet, og å komme tilbake i full jobb, dersom man:

- har få tidligere besøk hos fastlegen
- er ung
- har høyere utdanning
- har lang arbeidserfaring og
- bor i en region med lav arbeidsledighet

27 % av de sykmeldte har uobserverbare karakteristika som øker sannsynligheten for både å bli gradert sykmeldt og returnere til full jobb. Studien finner ikke støtte for hypotesen om at man blir sykere av å jobbe gradert enn å være 100 % sykmeldt; effekten av å ha avsluttet programmet uten å returnere til full jobb er positiv, men ikke signifikant.

Det er dokumentert at et *planlagt* gradert løp tilbake til arbeidslivet er nyttig for arbeidstakere med visse diagnoser. Størsteparten av tidligere studier omhandler spesialdesignede opplegg på enkelte arbeidsplasser for relativt små grupper (se f.eks. Hlobil et al., 2005). Studien til Høgelund et al. (2010) gjelder mer generelt.

### 3.3.2 Tilrettelegging på arbeidsplassen

Som vi har vist tidligere i kapittelet, har alle norske arbeidsgivere en lovfestet plikt til å tilrettelegge når en arbeidstaker har redusert arbeidsevne. En gradert sykmelding vil ofte bety at arbeidsgiver må tilrettelegge forholdene på arbeidsplassen, enten organisatorisk, psykososialt og/eller fysisk. Intensjonen er at den delvis syke arbeidstakeren jobber en viss prosent for å opprettholde kontakten med arbeidsplassen, og yter produktiv arbeidskraft i bytte mot lønn. På en effektiv arbeidsplass kan vi anta at de oppgavene det er behov for å løse, allerede er bemannet. Når en ansatt ikke kan fylle sin

stillingsandel 100 %, må en andel av arbeidsoppgavene fordeles på resten av personalet eller det må leies inn en vikar i den stillingsandelen som ikke fylles opp.

Et vanskelig spørsmål for virksomhetsledere er hvor grensen for tilretteleggingsplikten skal gå. Dette gjelder særlig for virksomheter med høyt sykefravær som etterhvert får en høy andel av personellet sitt i tilrettelagte stillinger (f.eks. sykehus og kommunale helse- og omsorgsenheter). Arbeidstakeren på sin side har plikt til å medvirke i arbeidet med å utarbeide og gjennomføre de tilretteleggingstiltak som beskrives i oppfølgingsplanen som sendes til lege og til NAV. I følge Helsedirektoratets faglige veiledning for sykmeldere<sup>8</sup>, kan tilrettelegging for eksempel være endring av rutiner/arbeidsfordeling, endring av arbeidstid, opplæring eller omskolering, endring av ansvars- og myndighetsforhold, tekniske hjelpemidler, fysisk tilpasning og bygningsmessige endringer eller hjemmekontor.

Forskning på tilrettelegging er gjerne konsentrert mot ulike grupper, som gravide, funksjonshemmede og seniorer – eller spesifikke diagnosegrupper. Et norsk eksempel er Kristensen et al. (2008) som har sett på hvordan tilrettelegging påvirker sykefravær blant norske gravide (data fra 23 000 gravide kvinner, Mor-Barn-undersøkelsen). Forskerne fant at tilrettelegging for gravide gav signifikant lavere sykefravær. Tilsvarende fant Wergeland og Strand (1998) god effekt av at legen ved første konsultasjon i forbindelse med svangerskapet kartlegger behovet for tilrettelegging på arbeidsplassen. De gravide kvinnene som ble kartlagt i studien forutså relativt presist det behovet for tilrettelegging de faktisk fikk i løpet av svangerskapet. Forskning omkring arbeidsgivers tilrettelegging for andre arbeidstakere som kan ha ulik arbeidsevne er det gjort mindre av (Trygstad et al. 2011).

Hansen et al. (2009) fant at arbeidsgivere generelt har begrenset kunnskap om hjelpemidler og tilrettelegging, og at suksesskriteriet for vellykkede tilretteleggingsprosesser ofte er at brukeren selv har mye kompetanse om eget behov og de hjelpemidler som finnes. Tilgjengelighet til hjelpemidler og god tilrettelegging var tilfeldig for brukere som ikke kjente systemet og de som bare midlertidig hadde redusert funksjonsevne eller arbeidsevne (typisk de på gradert sykmelding). Studien er basert på intervju med NAV Hjelpemiddelsentraler (også spørreundersøkelse hos disse), NAV lokalt, NAV Arbeidslivssenter, BHT, arbeidsgivere og lokale brukerorganisasjoner.

I evalueringen av IA-avtalen fant vi at en del arbeidsgivere og tillitsvalgte allerede i 2008 rapporterte at de hadde problemer med å oppfylle tilretteleggingsplikten (Ose et al., 2009). Av de 2 237 lederne (daglig leder/virksomhetsledere) som svarte på en spørreundersøkelse, svarte 70 prosent at tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for andre medarbeidere. 60 prosent av de tillitsvalgte svarte det samme. Her undersøkte vi om det var forskjeller mellom sektorer, næringer og etter størrelsen på virksomhetene. Vi fant at det flere enheter som meldte om at tilrettelegging for noen i kommunal sektor enn i de andre sektorene, og da aller tydeligst i helse- og sosialtjenester (80 prosent) og innen undervisning (73 prosent). Nærmere en av tre av alle virksomhetslederne (2243 virksomheter) mente allerede da at det var for mange som hadde tilrettelagte oppgaver. Vi fant også at ledelsen i hele 86 prosent av virksomhetene mente at ledelsen strekker seg langt for å tilrettelegge arbeidet for sykmeldte. Det er også mange tillitsvalgte som mener at ledelsen strekker seg langt, 63 prosent. 81 prosent av ledelsen og 58 prosent av de ansatte svarer at tilrettelegging fører til at ansatte

---

<sup>8</sup> <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/Sider/default.aspx>

kan fortsette arbeidet på tross av sykdom. Her finner vi ingen systematiske sammenhenger mellom ulike sektorer eller næringer. Det er altså ikke slik at det er i noen sektorer eller næringer at tilrettelegging fører til at ansatte kan fortsette arbeidet på tross av sykdom i større grad enn i andre sektorer eller næringer. Vi finner derimot forskjeller etter hvor store virksomhetene er. I svarene fra ledelsen øker andelen som mener at tilrettelegging fører til at ansatte kan fortsette arbeidet på tross av sykdom, med virksomhetsstørrelse. Svarene til de ansatte varierer i liten grad systematisk etter virksomhetsstørrelse.

Fafo har i en ny rapport sett på hvordan norsk arbeidsliv tilrettelegger for arbeidstakere som er funksjonshemmede, seniorer, gravide, som opplever samlivsbrudd eller har omsorg for eldre (Trygstad og Bråte, 2011). De har gjennomført intervju i fem virksomheter og har hatt spørreskjema til over 6000 arbeidstakere (gjennom Norstat). De finner noen forskjeller mellom sektorer og næringer, både når det gjelder om virksomheten tilrettelegger for ulike livssituasjoner og livsfaser og når det gjelder hvilke tilbud som gis for å avhjelpe situasjonen til de ansatte. Offentlig sektor tilrettelegger mest, mens privat sektor og særlig samferdsel, transport og spedisjon tilrettelegger i mindre grad. I forhold til antall tilbud som gis, finner de at varehandelen kommer dårligst ut, fulgt av samferdsel, transport og spedisjon og holtell og restaurant. De konkluderer blant annet med at noen er mer utsatt enn andre, og at for eksempel arbeidstakere som går gjennom samlivsbrudd ikke får dekket tilretteleggingsbehov og at tilrettelegging er lederavhengig. De finner også at tillitsvalgtressurser på arbeidsplassen har betydning for både tilretteleggingstilbud og HMS rutiner (ibid).

I Ose et al. (2011) kom det frem at ledere på mellomnivå i kommunale pleie- og omsorgstjenester ofte mente at grensen for tilrettelegging i deres virksomhet var nådd. Det var praktisk vanskelig å få gjennomført flere tilrettelegninger uten at det gikk utover noen andre arbeidstakere eller selve driften. Flere snakket om at de hadde gått i "tilretteleggingsfella" – og tilrettelagt for for mange ansatte samtidig, slik at det gikk ut over de øvrige ansatte. Ettersom de har plikt til å tilrettelegge for alle som har behov for det, var det vanskelig å gjøre noe med saken. Denne studien tar blant annet utgangspunkt i 90 respondenter fra seks ulike norske kommuner, hvor både sykmeldte, tillitsvalgte, gruppeledere, enhetsledere, kommunalsjefer, rådmenn og ordførere er intervjuet. Studien finner også at det er viktig å utnytte kunnskapen og erfaringene som gjøres med tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte for å forebygge nytt sykefravær hos personalet, men at dette i liten grad ser ut til å prioriteres.

Linjeledere og ansatte i en studie utført av Riksforsäkringsverket (2004), mener at begrenset mulighet til individuell tilpassing i arbeidstiden, samt vanskeligheter med å organisere deltidsarbeid på arbeidsplassen, er de to største hindrene for å utnytte gradert sykmelding best mulig.

### 3.3.3 Tilbake til jobb (RTW-litteraturen)

Det finnes generelt mye litteratur om det å komme tilbake til arbeid (Return to Work, RTW), hvor gradert sykmelding ofte vil være ett av flere tiltak (se for eksempel Franche et al. 2005, Josephson et al. 2008, Nielsen et al. 2010 og Ellingsen et al. 2010). Kjennetegnet med flere av disse bidragene er at tiltakene er relatert til arbeidstakere med bestemte diagnoser, for eksempel muskel- og skjelettsykdom og psykiske lidelser. Det er vanskelig å overføre funn basert på enkelte diagnosegrupper til arbeidstakere generelt, men problemet er også at RTW-litteraturen i liten grad kan

isolere effekten av gradert versus ikke-gradert sykmelding. Vi har gjort et litteratursøk og funnet frem til noen litteraturgjennomganger som kan oppsummere ulike deler av RTW feltet.

Noen av gjennomgangene som er gjort er relevante for dette prosjektet, og vi gir en kort presentasjon av et utvalg av disse. Dels for å vise hva som er i fokus i denne litteraturen, men også for å vise at det i mindre grad er fokus på effekter av tilrettelegging på arbeidsplassen, enn det er på effekter av ulike behandlinger av sykdom/lidelser. I en god del av disse studiene problematiseres ikke arbeidsplassen og/eller arbeidsoppgaver i det hele tatt.

I 2009 ble det publisert en Cochrane review<sup>9</sup> av studier som så på effekter av intervensjoner på arbeidsplassen for sykefravær blant arbeidstakere med ulike diagnoser (van Oostrom Sandra H 2009). De fant seks RCT (Randomized Controlled Trials) studier av arbeidstakere med litt ulike plager, hvor tre dreide seg om arbeidstakere med ryggsmarter. Et resultat var at for arbeidstakere med muskel- og skjelettlidelser syntes intervensjon på arbeidsplassen å redusere sykefravær sammenlignet med vanlig pleie/behandling. Man fant imidlertid ikke at intervensjoner på arbeidsplassen bidro til bedre helse blant arbeidstakerne. På grunn av for få studier ble det ikke konkludert noe om effekter blant arbeidere med psykiske og andre lidelser. Denne artikkelen finner at det er gjort for få randomiserte studier til å trekke noen konklusjoner om effekten av arbeidsplass-intervensjoner, arbeidsrelaterte utfall og helsemessige utfall på tvers av ulike arbeidsbegrensning hos arbeidstakeren (van Oostrom Sandra H 2009).

De øvrige litteraturgjennomgangene vi presenterer er basert på både randomiserte kontrollerte studier og andre studier (populasjonsstudier, intervensjonsstudier og kvalitative studier), men har til felles at de er systematiske gjennomganger (reviews) av forskning på ulike temaer innenfor RTW feltet. Vi har delt opp litteraturen i følgende tema:

- Generelt om RTW
- Muskel- og skjelettlidelser
- Psykisk helse

### **Generelt om RTW**

Tre artikler tar for seg litt mer generelle problemstillinger omkring RTW, altså ikke knyttet til noen spesielle diagnoser eller behandlingstilbud. En av disse ser på hvilke utfallsmål som brukes i RTW-litteraturen, en annen ser på en spesiell funksjon eller rolle i RTW-arbeidet (RTW koordinatører), mens den tredje tar for seg hvor effektiv yrkesrettet rehabilitering er målt gjennom RTW. Vi presenterer disse kort.

Wasiak, Young et al (2007) går gjennom relevant litteratur med det formål å skaffe en oversikt over hvilke mål som er i bruk i RTW studier. Gjennomgangen viste at det benyttes mange ulike mål, men at det også er mangel på relevante utfallsmål. Forskerne fant blant annet at det var svært lite fokus på

---

<sup>9</sup> The Cochrane Collaboration, en gruppe av spesialister i helsevesenet som går systematisk gjennom randomiserte studier av effekten av forebygging, behandling og rehabilitering, samt helse-system-intervensjoner. Når det passer, inkluderer de også resultatet av andre typer forskning. Cochrane-oversikter blir publisert i *The Cochrane Database of systematic reviews*.

utfall som; målsetning for RTW, motivasjon, forventninger, jobbsøking, vedlikehold av jobbkompetanse og karriereutvikling. Forskerne tror dette skyldes en mer eller mindre tatt-for-gitt holdning om at målet er at den ansatte skal tilbake i det samme arbeidet som før vedkommende fikk nedsatt arbeidsevne. Dette er nok en relevant problemstilling for en god del arbeidstakere, men for en del andre arbeidstakere vil målet være å komme tilbake i annet arbeid, eller arbeid som innebærer tilrettelegging og tilpasninger på arbeidsplassen.

I en artikkel fra 2008 ser en på rollen til såkalte RTW-koordinatorer (Hong et al., 2008) Dårlig kommunikasjon, mistro og skuffelser kan oppstå både hos arbeidstaker og arbeidsgiver i en RTW-prosess. Dette kan medføre at RTW feiler, selv når arbeidstakeren har adekvate fysiske forutsetninger til å utføre arbeidsoppgavene. En RTW-koordinator kan være ansatt i helsevesen, forsikring- eller i det offentlige, og har som jobb å sørge for en sikker og vedvarende RTW-prosess gjennom proaktiv kommunikasjon med arbeidstaker, arbeidsplass/arbeidsgiver og andre involverte parter.

De studiene som ble inkludert i denne review-artikkelen hadde en overvekt av studier hvor arbeidstaker hadde muskel- og skjelettlidelser eller arbeidsskader. Studien konkluderer med RTW-koordinatorers suksess er mer knyttet til kompetanse innen ergonomisk jobbtillpasninger, kommunikasjon og konflikthåndtering enn til medisinsk utdanning og kompetanse.

I en annen review-artikkel har en sett på hvor effektiv yrkesrettet rehabilitering (occupational therapy intervention - OTI) er, i form av RTW for pasienter med ikke-medfødte sykdommer (de Rijk et al., 2011). Her finner de at, til tross for at de metodologiske bevisene er svake i mange av de inkluderte studiene, er det grunnlag for å konkludere med at yrkesrettet rehabilitering (OTI) som er en del av et større rehabiliteringsprogram, øker RTW-ratene. Det er imidlertid vanskelig å identifisere hva merverdien av OTI er, i studier som ikke gir en tilstrekkelig beskrivelse av metode og innholdet i intervensjonen.

### **Muskel- og skjelettlidelser**

Av tre nyere review-artikler som undersøkte RTW for arbeidstakere med muskel- og skjelett-relatert sykefravær, har en av disse fokus på effekten av tiltak og intervensjoner på arbeidsplassen, i forhold til sykefravær og risikoen for å falle ut av arbeid. En annen fokuserer på kost-nytte av ulike tiltak på arbeidsplassen, noe som også er i fokus i den siste artikkelen, men her er begrepet RTW skiftet ut med SAW, «staying at work».

Studien av Carroll et al. (2010) fokuserer på om intervensjoner som involverer arbeidsplassen er mer effektive og kostnadseffektive i forhold til å få sykmeldte raskere tilbake i jobb, enn intervensjoner som ikke involverer arbeidsplassen. Basert på ni studier konkluderer de med at intervensjoner som involverer et samarbeid mellom ansatte, helsepersonell og arbeidsgivere, og som innebærer tilrettelegging i arbeidet til den sykmeldte, er mer effektive enn andre intervensjoner.

I studien av de Vries (2012), fokuseres det på hva som bidrar til at ansatte med kroniske muskel- og skjelettsmerter blir i arbeid (SAW), og hva forhindrer at de blir sykmeldt. De har tatt for seg både kvantitative og kvalitative studier i sin review-artikkel, og finner en sammenheng mellom SAW, lite opplevd fysisk funksjonshemming og lite emosjonelt stress. De kvalitative studiene indikerte at personlige tilpasninger og intervensjoner på arbeidsplassen er viktig for at den ansatte forblir i arbeidet.



Disse tre review-artiklene gir et inntrykk av at det kan være lurt og se på forhold ved arbeidsplassen når arbeidstakere med muskel og skjelettlidelser skal tilbake til jobb eller fortsette å stå i arbeid, selv om det ikke er identifiserer entydige og sterke sammenhenger mellom arbeidsplassintervensjoner (tilrettelegging og forebygging) og den sykmeldtes RTW eller ansattes SAW.

### **Psykiske lidelser**

En gjennomgang av kvalitative studier om mennesker med mentale lidelser opplever i forbindelse med å komme tilbake til jobb (Andersen et al., 2011). De fleste studiene fant at sosial støtte fra både leder og kolleger spilte en viktig rolle dersom gradvis RTW skulle resultere i heltids RTW. De ansatte fortalte om behov for sosial støtte både under sykmeldingsperioden og i prosessen med å komme tilbake til jobb. Etter å ha kommet tilbake i arbeid var det ofte av avgjørende betydning å bli møtt med forståelse for sykdomssymptomer og redusert arbeidskapasitet. Studien konkluderer med at RTW-prosesser bør sees på som kontinuerlige og koherente, hvor tidligere, nåværende erfaringer og forventninger har betydning for om RTW lykkes eller ikke.

En annen studie, fra 2008, har undersøkt hvilke faktorer som er avgjørende for RTW blant mennesker med psykiske helseproblemer (Blank et al., 2008). De finner en rekke forhold som synes å forhindre RTW blant ansatte med slike helseplager, men de finner også at ulike studier kommer til ulike konklusjoner. Hovedfokuset synes imidlertid å være risikoen for å miste jobben som følge av dårlig psykisk helse, ikke sannsynligheten for å komme tilbake til jobb etter sykefravær pga. dette.

I Cornelis et al. (2011) er det nettopp faktorer som bidrar til en lettere RTW-prosess som er fokuset. De har sett på studier av sykmeldte og uføre med psykiske lidelser. De finner at det i liten grad er sammenheng mellom bedre helse og faktorer knyttet personlige egenskaper, og ytre faktorer som oppfølging på arbeidsplassen. Med andre ord gjør ikke tiltak på arbeidsplassen helsa til den ansatte bedre. De finner videre at sosial støtte fra leder har begrenset betydning for RTW-prosessen blant deprimerte. En studie (Brouwer et al., 2010) i denne review-artikkelen indikerer at mer opplevd sosial støtte fra leder faktisk kan utgjøre en barriere for RTW. Forskerne konkluderer med at det trolig er slik at langtids arbeidsuførhet blant personer med denne typen lidelser hovedsakelig er knyttet til ikke-medisinske forhold. God kvalitet og kontinuitet i yrkesrettet rehabilitering (occupational guideline-based care) synes å ha sammenheng med kortere tid som arbeidsufør og kortere RTW-prosess hos arbeidstakere. Det blir imidlertid også påpekt at det er en mangel på studier som ser på intervensjoner på arbeidsplassen blant arbeidstakere med psykiske helseplager og andre plager.

Stergiopoulos et al. (2011) har gått gjennom studier som ser på effekten av intervensjoner som har til hensikt å bedre jobbutfall for personer som lider av arbeidsrelatert posttraumatisk stress-syndrom (PTSD). Studiene inkluderte politibetjenter, arbeidstakere innen offentlig transport og ansatte som har vært utsatt for arbeidsulykker. Hovedsakelig har studiene sett på effektene av ulike terapiteknikker (psykoterapi, EMDR, CBT), men to studier så også på tilleggsbehandling på arbeidsplassen når tradisjonell psykoterapi ikke hadde noen effekt. Konklusjonene her var at det er grunn til å si at psykoterapibaserte intervensjoner på arbeidsplassen kan være en effektiv metode for å forbedre jobbutfall for personer med arbeidsrelatert PTSD (Stergiopoulos et al., 2011).

Det er gjort en del andre systematiske review-artikler som fokuserer på RTW blant personer med ulike diagnoser, eller etter ulike typer av ulykker, se for eksempel (Kuijer, de Beer et al. 2009; van Velzen, van Bennekom et al. 2009; Quinn, Wasiak et al. 2010; Mason, Esselman et al. 2012). Felles for disse er

at fokuset kun ligger på forhold ved symptomer, sykdomsbehandlinger og egenskaper ved arbeidstakeren, og i svært liten grad på forhold ved arbeidsplassen som f. eks tilrettelegging av arbeidsoppgaver.

### **Oppsummering/konklusjon RWT litteratur**

Bortsett fra Cochrane review basert kun på RCT-studier (van Oostrom, 2009), er det et fellestrekk for alle review-artiklene at de inkluderte studiene er av svært varierende metodisk kvalitet. Ofte blir ikke metode eller undersøkelsesopplegg godt nok beskrevet, noe som går ut over kvaliteten på undersøkelsene som blir rapportert i litteraturgjennomgangene. Det er antakelig derfor det i svært mange tilfeller er vanskelig for forskerne å trekke konklusjoner om entydige effekter både når det gjelder behandlingsopplegg og intervensjoner som er gjennomført på arbeidsplassen. De aller fleste etterlyser mer forskning av faktorer som bidrar til bedre RTW-utfall, og en litteraturgjennomgang etterlyser også flere mål på RTW-utfall enn det som oftest brukes – å komme tilbake til den samme jobben som før sykefraværet. Det fokuseres først og fremst på hvilke behandlinger (av symptomer og lidelser) som har best effekt, fremfor hva som er mulig å gjøre av tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen.

I de studiene vi har sett, hvor både medisinske forhold og forhold på arbeidsplass er vurdert, blir det ofte konkludert med at arbeidsplassen og det som skjer der har vel så stor betydning for et vellykket RTW-utfall som medisinske forhold (Shaw, Hong et al. 2008; Carroll, Rick et al. 2010; de Vries, Reneman et al. 2012). En åpenbar konsekvens av dette er å etterlyse mer forskning som ser på tilrettelegging og forebygging på arbeidsplassen.

## **3.4 Graderte sykmeldinger – på godt og vondt**

Graderte sykmeldinger gir andre muligheter og andre utfordringer enn en 100 % sykmelding. Forskningslitteraturen handler i stor grad om effekter av gradert sykmelding på den sykmeldte – og gjerne på spesielle grupper sykmeldte. Videre er det skrevet noe om graderte sykmeldinger og sykmelder (se kapittel 5), og holdninger til graderte sykmeldinger (se kapittel 4), men lite om hvordan graderte sykmeldinger påvirker virksomheten som sådan. Dette delkapitlet er viet vår egen empiri på de positive og negative effektene graderte sykmeldinger kan ha på arbeidsplassen.

Datagrunnlaget kommer fra følgende kilder:

- Intervjuer med 213 respondenter fordelt på 43 virksomheter
- Spørreundersøkelse blant 2300 virksomheter gjennomført 2011/2012<sup>10</sup>
- Registerdata fra SSB

Se Vedlegg I for flere detaljer om datagrunnlag og metode.

Vi har samlet temaene som har kommet frem i intervjuene og som ofte er fulgt opp i kartlegging i virksomhetene i følgende punkt:

- Aktørene er positive til gradering av sykmeldinger
- Begrunnelse for gradering heller enn full sykmelding
- Tilrettelegging for noen fører til økt belastning for andre
- Mangel på passende arbeidsoppgaver
- Full tid på arbeid med redusert innsats vs. redusert arbeidstid med full innsats
- Økonomisk belastning med tilrettelegging
- Grenser for tilrettelegging
- Næringsforskjeller i tilretteleggingsmuligheter
- Kreative løsninger for tilrettelegging
- Ansattes medvirkningsplikt

### **3.4.1 Aktørene er positive til gradering av sykmeldinger**

Både tidligere forskning og vår egen empiri tilsier at alle aktører som involveres i sykefraværsrelatert arbeid generelt er positive til gradert sykmelding. Arbeidsgiverne synes det er lettere å holde kontakten med den sykmeldte når de står overfor en gradert heller enn fulltidssykmelding, noen har også inntrykk av at sykmeldingsperioden blir kortere, og at overgangen fra sykmeldt til fullt arbeidende går lettere. De aller fleste sykmeldte som har en restarbeidsevne er i utgangspunktet positivt innstilt til å jobbe litt, i stedet for å være 100 % fraværende. Myndighetene, som administrerer sykelønnsordningen, og som har innført økt fokus på gradering, er per definisjon positivt innstilt til at folk sykmeldes gradert. Fastlegene, eller sykmelder, er også positivt innstilt til graderte sykmeldinger (se kapittel 5) og de mener at de aller fleste sykmeldingene kan være gradert, og til slutt er bedriftshelsetjenestene rundt om i landet sannsynligvis fornøyd med at flere skal over på gradert sykmelding. Flere på gradert sykmelding vil bety økt etterspørsel etter bedriftshelsetjenester, da flere må tilrettelegges for.

Vi har i spørreundersøkelsen som ble gjennomført nylig, bedt respondentene ta stilling til følgende påstand: Økt bruk av gradert sykmelding vil redusere sykefraværet i vår virksomhet.

---

<sup>10</sup> Datainnsamlingen er gjennomført i perioden desember 2011-februar 2012 med purrerunde i slutten av januar. Datagrunnlaget som her er brukt inkluderer alle svar som har kommet innen 10. februar 2012. Noen flere virksomheter kommer til å svare før vi avslutter undersøkelsen, men dette vil ikke påvirke resultatene i stor grad.

**Tabell 3.1 Fordeling enig/uenig i påstand: Økt bruk av gradert sykmelding vil redusere sykefraværet i vår virksomhet.**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	87	48	5	4
Delvis uenig	114	89	7	8
Verken/eller -har ingen mening	281	353	18	31
Delvis enig	798	466	50	41
Helt enig	304	191	19	17
Totalt	1 584	1 147	100	100

70 prosent av representantene fra ledelsen og nær 60 prosent av representantene fra de ansatte er helt/delvis enig i påstanden om at økt bruk av gradering vil redusere sykefraværet i deres virksomhet. Vi finner systematiske forskjeller mellom næringer i svarene til lederne, men ikke til de ansatte. Særlig ligger bygge- og anleggsvirksomheter og finansvirksomheter lavt, mens kraft- og vannforsyning, transport, industri og helse- og sosialtjenester ligger høyt.

Det kan være store variasjoner innenfor de enkelte bransjene og for eksempel var det delte meninger om graderte sykmeldinger blant barnehagelederne.

*"Jeg synes det er positivt for barnehagen, og i de fleste tilfeller også positivt for den sykemeldte. Ved gradert sykemelding virker det som om sykefraværsperioden blir kortere" (Styrer 1, privat barnehage)*

*"Synes graderinger er så vanskelig. I barnehagen, for en må ha inn en vikar, og nå er det jo... det nye er at du skal være tilstede, du skal jobbe bare 70 prosent. Det går ikke på avdeling. Det er det som er så vanskelig. Den som sitter på kontoret, har en definert arbeidsdag på kontoret, og har... oppgavene... de kan jeg gjøre på så lang tid, ikke sant? Mens på en avdeling, har du ting som varer litt kort. Og du kan ikke gradere, og si at... "mellom ett og to er jeg ikke på jobb", da er de plutselig en færre til å gjøre alle disse oppgavene." (Styrer 2, privat barnehage)*

### 3.4.2 Hvorfor gradering heller enn full sykmelding?

Av positive effektene for den gradert sykemeldte kan tenkes at man fortsetter å være del av det psykososiale arbeidsmiljøet (dog positivt kun hvis man trives), at man fortsetter å ha et eieforhold til de arbeidsoppgavene man utfører, at man er mer produktiv enn en vikar, at man lettere kan "kjenne etter" hvordan egen arbeidsevne er og at man kan føle at man fortsatt bidrar inn i bedriften og ikke belaster sykelønnsordningen unødig. At man til dels har vært "med" på arbeidsplassen kan også tenkes å lette overgangen til full jobb igjen.

En gradert sykmelding kan også bidra til å synliggjøre at arbeidstakeren er viktig i jobben, og at det er et ønske fra virksomhetens sin side at den sykemeldte skal komme tilbake så fort som mulig. En leder i industrien og en leder i et stort rengjøringsfirma mener at forebygging, behov for tilrettelegging og trivsel på arbeidsplassen er viktig og hører sammen:

*"Vi må legge forholdene til rette for våre ansatte. Hvis ikke så blir det ikke gøy å jobbe her, og du setter bedriftens fremtid i fare" (Leder i industribedrift)*

*"Hvis ikke forebyggende, så må du jo tilrettelegge etter hvert, så det ligger vel i saken at det lønner seg å legge litt i tidlig arbeid med forebygging, og ikke minst bevisstgjøre den enkelte om at vridning og løfting må gjøres.. ergonomisk.." (Leder, rengjøringsbyrå)*

Bedriftshelsetjenesten (ved lege og sykepleier) i et stort oljeselskap kommer inn på at god håndtering av graderte sykmeldinger også handler om å ha gode ledere som ser de positive effektene av at folk er delvis i jobb – til tross for kostnadene:

*"Det blir jo en dyr ordning, men vi gjør det jo. Vi vil heller det enn at de går hjemme og at det kanskje blir ennå tyngre å komme tilbake. Så, men alt er jo veldig personrelatert i forhold til leder også. I forhold til kompetanse, vilje og slikt. " (Bedriftshelsetjeneste, oljeselskap)*

En annen kommer inn på dette med produksjonskonsekvensene av gradering:

*"Setter du inn en bil på verksted, og når du henter den forventer du at den bilen er ferdig, og så sier de at beklager vi har ikke reparert den ferdig. Det er bare halve som er reparert, du får komme tilbake i morgen, for vi har en på gradert sykemelding, han kan ikke utføre de arbeidsoppgavene... " (avd. leder, vikarbyrå)*

I kartleggingen har vi bedt ledere og tillitsvalgte å ta stilling til følgende påstand: Gradert sykmelding vil gjøre overgangen til fulltidsarbeid lettere enn ved full sykmelding.

**Tabell 3.2 Fordeling enig/uenig i påstand: Gradert sykmelding vil gjøre overgangen til fulltidsarbeid lettere enn ved full sykmelding**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	41	29	3	3
Delvis uenig	50	29	3	3
Verken/eller -har ingen mening	195	195	12	17
Delvis enig	619	432	39	38
Helt enig	680	458	43	40
Totalt	1585	1143	100	100

Det er altså en svært stor andel av respondentene som svarer at de er enig i at overgangen til fulltidsarbeid er lettes ved gradert sykmelding. 82 og 78 prosent av hhv ledere og ansatte er helt/delvis enig i denne påstanden. Det er ingen systematiske forskjeller mellom sektor, næring eller virksomhetsstørrelse i disse svarene.

Vi har også bedt respondentene ta stilling til følgende påstand: Alle som kommer fra legen med gradert sykmelding trenger en eller annen form for tilrettelegging her hos oss.

**Tabell 3.3 Fordeling enig/uenig i påstand: Alle som kommer fra legen med gradert sykmelding trenger en eller annen form for tilrettelegging her hos oss**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	98	63	6	6
Delvis uenig	285	150	18	13
Verken/eller -har ingen mening	344	427	22	37
Delvis enig	600	335	38	29
Helt enig	251	166	16	15
Totalt	1578	1141	100	100

Det er noen færre tillitsvalgte (44 prosent) enn ledere (54 prosent) som er helt eller delvis enig i at alle med gradert sykmelding trenger en eller annen form for tilrettelegging i deres virksomhet. Vi finner her noen systematiske forskjeller mellom sektorer, der respondenter fra kommunene oftere er enig i påstanden. Blant næringene er det særlig i hotell- og restaurant og helse- og sosial dette oppleves som et problem.

Vi har her ikke definert hva tilretteleggingen evt. innebærer, og det er derfor fare for at både arbeidsgivere og arbeidstakere undervurderer hvilken tilrettelegging som gjøres for de med gradert sykmelding. Snevert definert handler det om ergonomiske tilpasninger, mens det i en større definisjon inkluderer også konsekvensene av tilpasningen som innleie av vikar eller at noen andre må ta over oppgavene til den som har fått gradert sykmelding. Vi ser på dette i neste avsnitt.

### 3.4.3 Tilrettelegging for noen fører til økt belastning for andre

Når en arbeidsgiver skal tilrettelegge for én sykmeldt, må han/hun også ta hensyn til de øvrige ansatte og til driften. Utfordringen er å tilrettelegge på en slik måte at det både er til hjelp (og oppleves nyttig) for den sykmeldte, er kostnadseffektivt og produktivt, samt at man opprettholder et godt psykososialt arbeidsmiljø og arbeidsevnen til de friske ansatte på lengre sikt. At tilrettelegging går ut over de friske ansatte, i form av at disse får økt arbeidsbelastning, er kanskje den mest nevnte negative konsekvensen av tilrettelegging – både fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden i vårt intervjumateriale. Dette vil jo ikke bare gjelde graderte sykmeldinger, økt arbeidsbelastning på kolleger vil også kunne gjøre seg gjeldene ved 100 % sykmelding. Men det er tenkelig at de som er gradert sykmeldt, og dermed kan se med egne øyne hvordan øvrige kolleger får det travlere eller tyngre i jobben pga. deres sykmelding, kan oppleve dette som ekstra belastende.

Den kanskje hyppigst nevnte negative konsekvensen av tilrettelegging i de fleste bransjer er *merbelastning* på de øvrige ansatte. Barnehager og pleie- og omsorgsykker er typiske bransjer der dette problemet merkes godt, og der de økonomiske konsekvensene i form av vikarutgifter kan bli store. En av barnehagestyrerne vi fikk tilbakemelding fra på spørsmål om gradert sykmelding, uttrykte følgende:

*"Noe tilpasning skal vi klare, men det går fort ut over medarbeiderne dersom tilretteleggingen blir omfattende. At den aktive sykemeldingsordningen forsvant er et stort tap for oss i*

barnehagen. Det er et økonomisk spørsmål med hensyn til tilrettelegging. Vi kan ikke opprette nye stillinger for å ivareta arbeidstakere, og de arbeidsoppgavene som skal gjøres må gjennomføres av de som er på jobb. Overbelastning på andre blir fort en problemstilling ved overdreven tilrettelegging. Vi kan ikke være for fleksible. For eksempel er det ikke gunstig å dele opp dagen for en ansatt slik at vi erstatter vedkommende halvveis. Ikke er dette positivt for barnegruppene og ikke er det lett å finne noen som har anledning til å binde seg til halve arbeidsdager" (Styrer2, privat barnehage).

En annen leder har følgende kommentar:

"Det er klart de kan ikke gjøre samme jobb på halve tida, det går ikke an, så da må vi jo fordele arbeidsoppgavene på noen andre." (leder, ingeniørfirma).

Både HMS-sjefen i et transportselskap og en organisasjonssjef i en kommune uttrykker bekymring for de friske:

"Hvis vi legger til rette og legger til rette og legger til rette, til slutt er det de som er friske som blir lidende, og det er en gjennomgående tone i vår bedrift. (...) Vi tilrettelegger, ja, til friske også, men vi kan ikke gå på kompromiss med at de som er friske skal på en måte få det dårligere, for da blir de også dårlige. Så dette er en spiral som vi må tenke gjennom..." (HMS-sjef, Transportelskap).

".. Hva med oss som er frisk, vi som er her hver dag osv. Blir ikke vi sett, er det ikke viktig det vi gjør, hvordan blir utviklingen, medarbeiderutviklingen på de som virkelig møter hver dag?" (Organisasjonssjef i en middel stor kommune).

Merbelastning på friske kolleger og lite produktive arbeidsoppgaver er også noen av grunnene sykmeldte selv oppgir som vanskelig ved det å bli gradert sykmeldt og tilrettelagt for:

"Det som skjedde var at folk med dårlig rygg ble plassert sammen med en med god rygg, og han med god rygg tok alle løftene. Og det gikk ikke lang tid før han hadde dårlig rygg han også. Sånn at de som hadde et eller annet problem, de ble satt sammen med andre, og så var det de andre som måtte løpe, de andre som måtte gjøre de tunge tingene.. men disse som ikke kunne gjøre det ble bare sittende. Så det ødela arbeidsmoral. Og det var ikke motiverende for de som ikke kunne gjøre det, for de så jo at andre måtte slite på deres bekostning" (Sykmeldt, industribedrift).

En annen respondent er inne på dette med at produktiviteten til de andre også kan påvirkes om en får en som er gradert sykmeldt:

"Ofte er det to og to som jobber sammen. ( ) Hvis en da er borte i femti prosent, så blir den egentlig stående arbeidsledig den andre også. Så slike ting er med å spille inn" (Økonomisjef, transport).

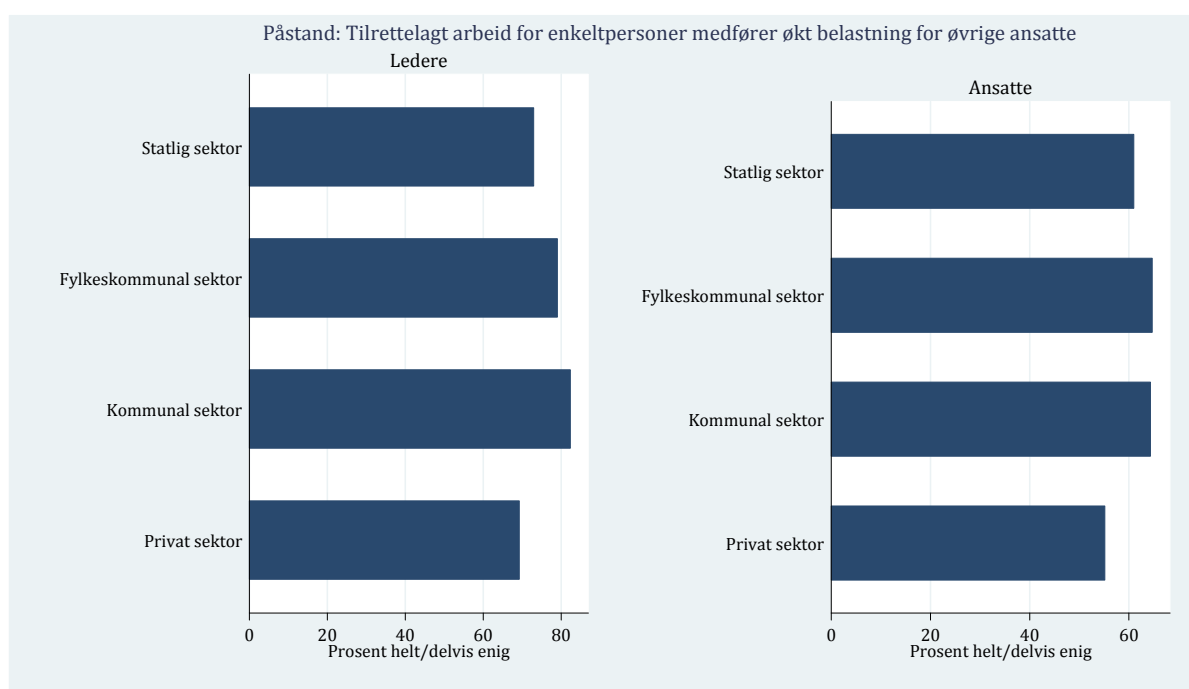
Vi har bedt ledere og ansatte om å ta stilling til følgende påstand i spørreskjemaundersøkelsen: Tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for øvrige ansatte. Se svarfordeling i tabell 3.4.

Nesten 80 prosent av lederne og 62 prosent av de ansatte helt eller delvis enig i påstanden. I undersøkelsen i 2008/2009 var det 70 prosent av begge utvalgene som var enige, men vi har her ikke betinget på at dette er de samme virksomhetene.

**Tabell 3.4 Fordeling enig/uenig i påstand: Tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for øvrige ansatte**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	76	129	5	11
Delvis uenig	130	136	8	12
Verken/eller -har ingen mening	143	171	9	15
Delvis enig	918	522	56	45
Helt enig	359	191	22	17
Totalt	1626	1149	100	100

Det er betydelig variasjon mellom ulike næringer, men også i svarene fra ansatte og ledere innen en næring. Dersom vi betinger utvalget kun på de virksomhetene som har svart både fra ledelsen og de ansatte, ser vi i større grad samsvar, men det er fortsatt betydelige forskjeller i hva ledelsen opplever og hva de ansatte opplever.



**Figur 3.1 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for øvrige ansatte, etter sektor, 2011/2012.**

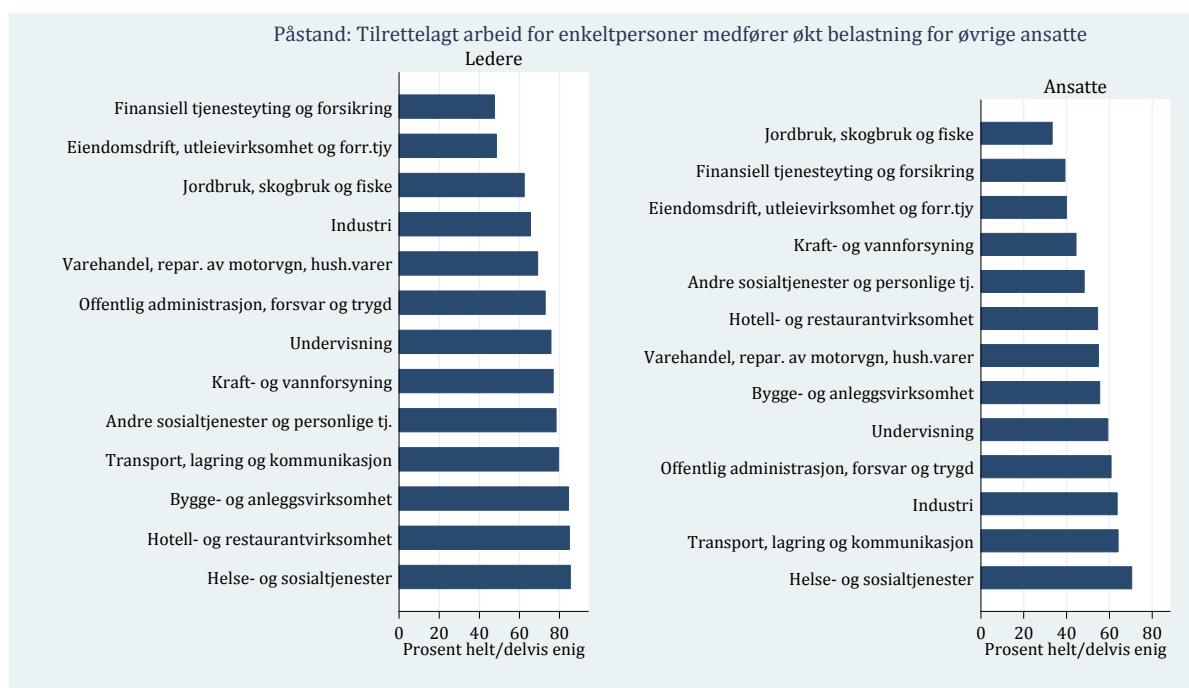
Som også har vært tendensen i svarene fra respondentene i temaene presentert foran, er det særlig i kommunal sektor det oppleves at tilrettelegging for noen går ut over andre. Dette er i tråd med tidligere funn (Ose et al., 2011). Det som er interessant i denne figuren, et mønster som går igjen i flere variabler, er at det er stor forskjell i svarene til ledere og ansatte, der ansatte i mindre grad mener



tilrettelegging for noen går ut over andre. Som vi har vært inne på tidligere, kan det her være snakk om hva de ulike respondentene legger i begrepet tilrettelegging. Det er ikke systematiske sektorforskjeller i svarene til de ansatte, og forskjellene i svarene mellom ledere og ansatte blir ikke mindre om vi kun ser på virksomhetene der begge har svart. Det er derfor mulig at det er systematiske forskjeller i opplevde konsekvenser av tilretteleggingen mellom ledelse og ansatte.

I kommunene vet vi fra tidligere prosjekt (ibid) at det er mange som trenger tilrettelegging, og særlig innen pleie- og omsorgstjenester. Det er også her sykefraværet er høyest så dette er naturlig.

Vi vet fra forrige kapittel at graderingsandelen er lavest i privat sektor. Dette kan bety at de derfor at det er en lavere andel av virksomhetene som tilrettelegger slik at det går ut over andre i privat sektor enn i de andre sektorene. Det er likevel nærmere 70 prosent av lederne fra privat sektor som er helt eller delvis enig.



**Figur 3.2 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at tilrettelagt arbeid for enkeltpersoner medfører økt belastning for øvrige ansatte, etter næring, 2011/2012.**

Den høyeste andelen enige i svarene fra lederne finner vi i bygge- og anleggsvirksomhet, hotell- og restaurantvirksomhet og helse- og sosialtjenester. Blant representanter for ansatte ser vi at helse- og sosialtjenester også her ligger høyest, mens transport og industri også ligger høyt her. Ledelsen og ansatte kan godt ha ulike opplevelser av konsekvensene for tilrettelegging, mens de ansatte opplever det selv, vil ledelsen være mer avhengig av tilbakemelding fra de ansatte. Hvor god denne kommunikasjonen er, vil variere mellom virksomheter. Ett validitetsproblem er at ansatte og ledere kan definere tilrettelegging på ulik måte.

### 3.4.4 Full tid på arbeid med redusert innsats vs redusert arbeidstid med full innsats?

I forhold til arbeidstid er det også en avveining som må gjøres i forhold til om en som er 50 % sykmeldt skal være til stede på arbeidet 100 %, men yte 50 % innsats – eller om vedkommende skal jobbe fulle dager annenhver dag, eventuelt halve dager hver dag. Her vil også type arbeidsoppgaver som utføres i virksomheten spille inn. En barnehagestyrer opplever dette som problematisk, og ønsker at de som har gradert sykmelding jobber hele dager:

*"Hvis en person er 30 prosent sykemeldt, 70 prosent friskmeldt, skal være der hele tiden, så skal du ha inn en person i den resterende prosenten. Så når skal den komme? Det er en veldig dårlig løsning for barnehagen. Det går ikke an. Du kan ikke la ungene... at de skal spise saktere, ikke sant, fordi ikke du kan jobbe så fort i den timen der, da skal du bare jobbe 70 prosent. Altså da... serverer du kanskje fire unger i stedet for seks, og da... og det går ikke an å tenke slik når det er unger, det er levende vesener." (Styrer 2, privat barnehage)*

En leder forklarer at det ikke er så lett å få ansatte til å være der hele tiden, men å jobbe i redusert tempo:

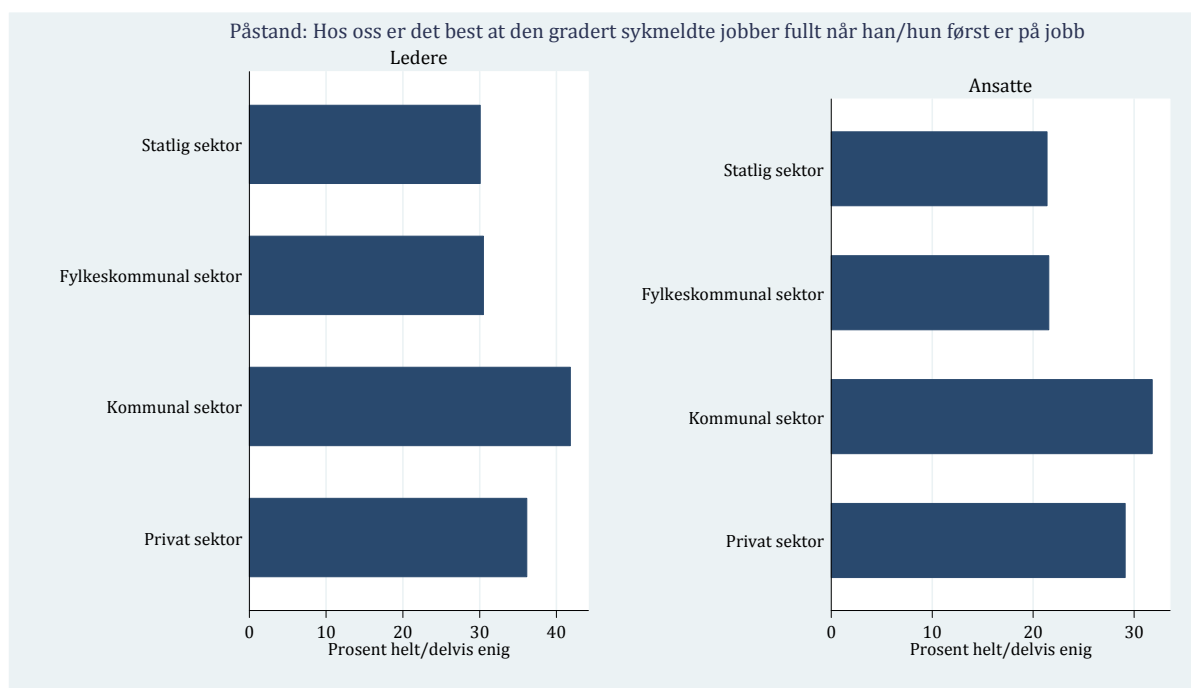
*"Men så er det en annen side av saken, det er de ansatte. For mange av de ansatte er... hvis de er sykemeldt, så er de sykemeldt. Om de da er friskmeldt 30 prosent, mener de at de skal være på jobb i de timene som en 30 prosent tilsvare. Så der har vi en lang vei å gå til å få en del til å skjønne at... du kan faktisk være på arbeid hundre prosent, men du er ikke nødt til å jobbe mer en 30 prosent av det du bruker å jobbe når du jobber hundre prosent. Og særlig den til en del av de ansatte, den har jeg slitt med, da. Så da er det skikkelig brudulje da, forklare dem at det kan vi faktisk kreve at dere skal være her. Du kan faktisk være hundre prosent på arbeid, men du er ikke nødt til å gjøre mer enn 30 prosent." (avd.leder, vikarbyrå)*

Vi har forsøkt å kartlegge dette gjennom virksomhetsundersøkelsen og bedt ledere og ansatte om å svare på følgende påstand: Hos oss er det best at den gradert sykmeldte jobber fullt når han/hun først er på jobb, heller enn at vedkommende skal være 100 % på jobb, men bruke lenger tid på arbeidsoppgavene. De som er enige i denne påstanden mener at den sykmeldte bør jobbe for fullt når de først er på jobb.

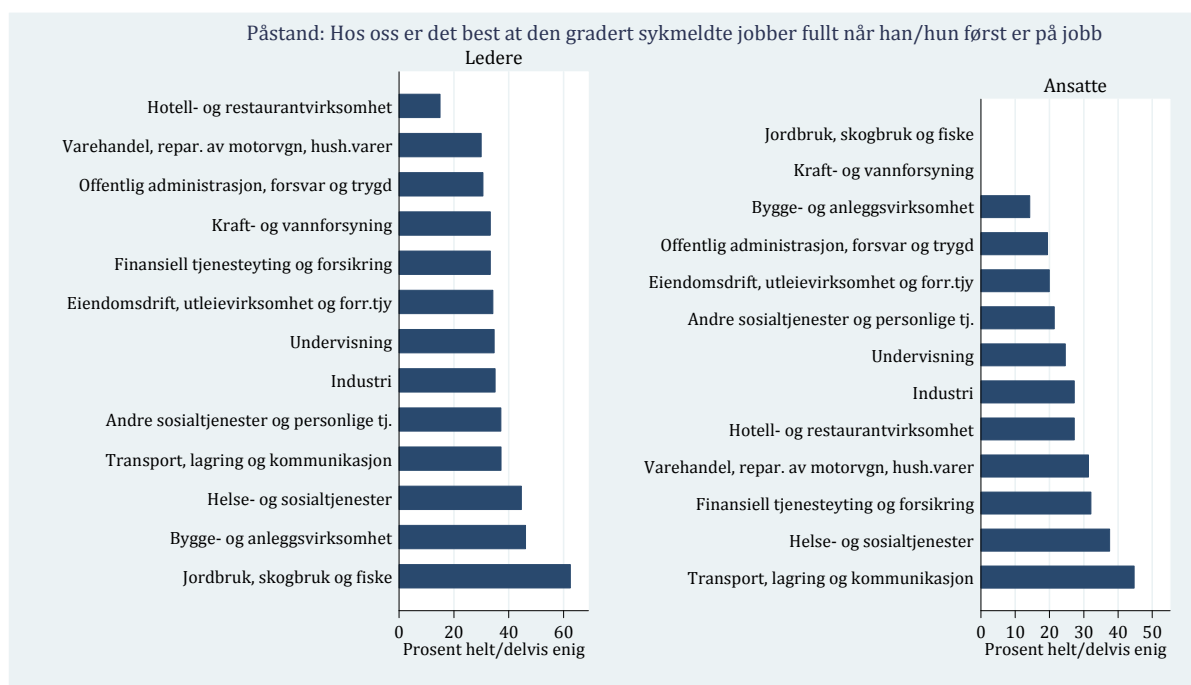
**Tabell 3.5 Fordeling enig/uenig i påstand: Hos oss er det best at den gradert sykmeldte jobber fullt når han/hun først er på jobb, heller enn at vedkommende skal være 100 % på jobb, men bruke lenger tid på arbeidsoppgavene**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	285	246	18	22
Delvis uenig	346	211	22	19
Verken/eller -har ingen mening	331	345	21	30
Delvis enig	342	192	22	17
Helt enig	265	141	17	12
Totalt	1569	1135	100	100

Det er omtrent 40 prosent av lederne som er enig og like mange som er uenig. Blant de ansatte er det er større andel som er uenig (41 prosent) enn enig (29 prosent). Dette betyr at det er variasjon i hva som oppleves som best i de ulike virksomhetene.



**Figur 3.3** Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at det hos dem er det best at den gradert sykmeldte jobber fullt når han/hun først er på jobb, etter sektor, 2011/2012.



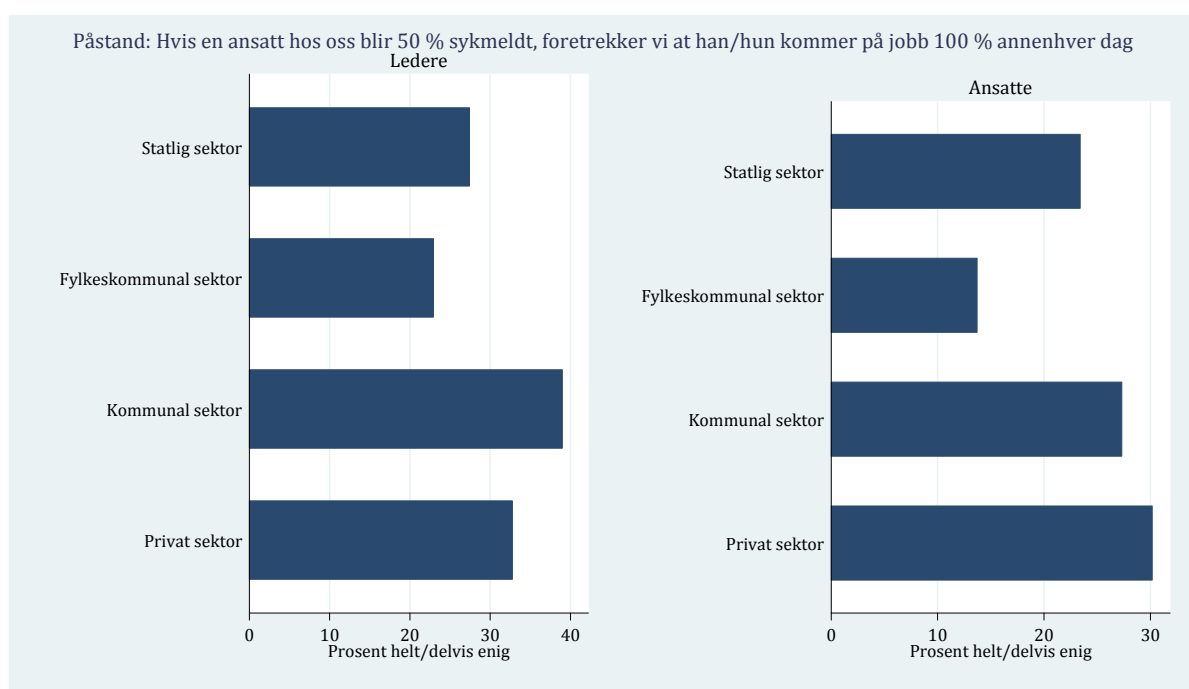
**Figur 3.4** Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at det hos dem er det best at den gradert sykmeldte jobber fullt når han/hun først er på jobb, etter næring, 2011/2012.

Vi finner at det er ingen systematikk i svarene etter størrelsen på virksomheten. Her er det sannsynligvis ikke sektor eller hovedkategori av næring som er det viktigste. Det handler om type virksomhet (underkategorier næring) og hvilke oppgaver den enkelte har.

Mange av respondentene våre er opptatt av at den graderte sykmeldingen skal innebære at den ansatte arbeider halve dager hver dag heller enn hele dager annenhver dag. Vi har kartlagt svarene fra arbeidsgiverne på følgende påstand: Hvis en ansatt hos oss blir 50 % sykmeldt, foretrekker vi at han/hun kommer på jobb 100 % annenhver dag, heller enn 50 % hver dag.

**Tabell 3.6 Fordeling enig/uenig i påstand: Hvis en ansatt hos oss blir 50 % sykmeldt, foretrekker vi at han/hun kommer på jobb 100 % annenhver dag, heller enn 50 % hver dag.**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	324	223	20	20
Delvis uenig	244	142	15	12
Verken/eller -har ingen mening	450	470	28	41
Delvis enig	272	152	17	13
Helt enig	291	153	18	13
Totalt	1 581	1 140	100	100



**Figur 3.5 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at det hos dem er det best at hvis en ansatt hos oss blir 50 % sykmeldt, foretrekker de at han/hun kommer på jobb 100 % annenhver dag, heller enn 50 % hver dag, etter sektor, 2011/2012.**

Det er også her veldig stor spredning i hva som oppleves som best. 36 av lederne og 27 prosent av ansatte representanter mener fulle dager er viktig, mens omtrent like mange mener halve dager, hver dag er bedre. Det er visse sektorforskjeller, men disse er ikke systematiske. Mao er det stor spredning

også innenfor sektorene i hva de mener er best. Dette er viktig informasjon til de som skal sykmelde, og det er viktig å spørre pasienten om hvordan det er på deres arbeidsplass.



**Figur 3.6 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at det hos dem er det best at hvis en ansatt hos oss blir 50 % sykmeldt, foretrekker de at han/hun kommer på jobb 100 % annenhver dag, heller enn 50 % hver dag, etter næring, 2011/2012.**

For fordeling på mer detaljerte næringskoder, se tabell 3.7 på neste side.

### 3.4.5 Mangel på passende arbeidsoppgaver

En annen problemstilling som dukker opp når vi snakker med virksomheter og sykmeldte, handler om tilrettelegging i form av nye arbeidsoppgaver. For en arbeidsgiver kan det oppleves vanskelig å finne nye arbeidsoppgaver som både matcher restarbeidsevnen, den sykmeldtes faglige nivå og oppleves som nyttig og produktivt arbeid for den ansatte. Særlig i mindre virksomheter kan det være begrenset variasjon i antall arbeidsoppgaver som faktisk utføres. For noen kan det oppleves ubehagelig både det å skulle sette andre, eller selv å bli satt til å gjøre "banale" oppgaver sammenliknet med det man gjør til vanlig. Andre arbeidsplasser igjen opplever at de tilrettelagte arbeidsoppgavene blir mer populære enn de vanlige oppgavene, og at kolleger kan bli litt misunnelige på de sykmeldte som får gjøre en annen type jobb:

*"Ja, vi får jo noen spørsmål på hvorfor de skal gå på så lett arbeid, eller annen type arbeid så lenge, (...). Så... misunnelse i forhold til at noen kan gjøre noe annet enn de andre, er det..."*  
(økonomisjef, transportselskap)

**Tabell 3.7 Fordeling enig/uenig i påstand: Hvis en ansatt hos oss blir 50 % sykmeldt, foretrekker vi at han/hun kommer på jobb 100 % annenhver dag, heller enn 50 % hver dag. Undernæringer**

Næring	Ledere	Ansatte	Antall virksomheter som har svart
Sosial- og omsorgstjenester	56	41	755
Annen landtransport	56	40	12
Annen bygge- og anleggsvirksomhet	52	14	51
Vedl. av motorvogner unnt motorsykler	50	29	13
Produksjon av meierivarer og iskrem	44	22	14
Helsetjenester	44	37	332
Bankvirksomhet	42	19	36
Post og distribusjonsvirksomhet	29	41	53
Utenriks- og sikkerhetssaker	29	23	63
Underv. universitet og høyskole	29	0	15
Butikkh. med bredt vareutvalg	25	57	25
Motorvognhandel unnt, motorsykler	25	22	14
Hotellvirksomhet	23	33	17
Butikkh. nye varer i spes.forretn.	23	21	38
Andre tjenester tilkn. transport	20	67	20
Bygginstallasjon	20	17	14
Teknisk prøving og analyse	18	8	21
Offentlig administrasjon	18	16	201
Før- og grunnskoleundervisning	18	14	419
Butikkh. apotekv., kosmetikk mv	17	40	24
Underv. videregående skole	12	5	63
Trygdeordn. underlagt off.forv.	11	11	31
Elektrisitetsprod. og -distribusjon	9	29	16
Voksenoppl. og annen undervisning	4	8	42
Biblioteker, arkiver, kulturetabl.	0	13	18
Andre interesseorganisasjoner	0	13	16

En leder i en produksjonsvirksomhet innen elektroindustri forteller at de ikke har mulighet for å tilrettelegge mer enn et de gjør. Vi spør om de får til å utnytte mulighetene som finnes, og vi får følgende svar:

*"Ja, vi går for langt, tenker jeg i mange sammenhenger. Det er bare å prøve tilrettelegging. Jeg synes Nav dytter for mye over på arbeidsgiverne. For en kommer til en grense, når en ikke kan tilrettelegge mer. Det er liksom ei som har noen år sittet med montering, vondt i skuldra, kan ikke dere finne en kontorjobb til meg? Det er ikke sånn det fungerer. Hvis det er en ledig stilling, skal du ha kompetanse." (Leder, elektroproduksjon).*

Vi har også forsøk å få svar på hvor det er vanskelig å få til gradering av sykmeldingene pga manglende muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen.

**Tabell 3.8 Fordeling enig/uenig i påstand: Hos oss er det vanskelig å få til gradert sykmelding pga manglende muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Alltid	39	30	2	3
Svært ofte	154	123	10	11
Ofte	259	187	17	17
Sjelden	403	288	26	26
Svært sjelden	291	225	19	20
Aldri	421	264	27	24
Totalt	1567	1117	100	100

Om lag 30 prosent av lederne og de ansatte mener at det alltid, svært ofte eller ofte er vanskelig å få til gradering pga manglende muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen.

Dette har også sammenheng med økonomi, fordi en virksomhet sjelden har rom for å la en ansatt gå i en uproduktiv tilrettelagt stilling over lang tid. Dersom det er behov for at arbeidet skal gjøres i virksomhetene, er det mest sannsynlig noen som allerede har denne oppgaven.



**Figur 3.7 Andel av lederne som mener at det alltid, svært ofte eller ofte er vanskelig å få til gradering pga manglende muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen, etter næring, 2011/2012.**

### 3.4.6 Økonomisk belastning med tilrettelegging

Også virksomheter som opererer offshore opplever det som utfordrende å skulle håndtere graderte sykmeldinger, og mener at dette går ut over bedriftsøkonomien:

*"Men det med å gjøre det offshore det er ikke så lett. Og det vil være rett og slett en individuell vurdering fra hver enkelt som kommer for, ikke sant, det kommer helt an på hva de er sykemeldte for. Du kan ikke forvente at en som egentlig er femti prosent gradert syk skal jobbe tolv timer ute en uke, hvis du skal si at han skal jobbe halve arbeidstida. For det gjør han jo ikke. Og det er ikke veldig mange måter å gjøre dette på. Ender alltid med at bedriften får en økt økonomisk sak, nei, sånn... de må betale mer for at de faktisk skal være ute og ha ekstra mannskaper, for det er det de må ha i tilfellet. Hvis en skal få det til. Men noen kan være en uke og... alt etter som... så av og til får vi det til." (Bedriftshelsetjeneste, oljeselskap)*

I intervjuene kommer det ofte frem at det er viktig at det tilrettelagte arbeidet i størst mulig grad er "produktivt" arbeid. Dersom tilretteleggingen ikke "produktivt", påpeker flere virksomheter at dette fører til en merkostnad for dem. Denne merkostnaden er det ikke alle virksomhetene som ønsker å ta på seg. Flere av virksomhetene vi har intervjuet tror de kunne hatt flere på gradert sykmelding, men påpeker at den største utfordringen er hvordan de skal få til tilretteleggingen uten at det koster for mye (går ut over drift):

*"Altså, hvis vi skal betale 40 % av lønnen, fordi han skal være 40 % på jobb, da må det være 40 % effektiv tid - for hvis ikke så er du jo ikke 40 % på jobb. For stillingen til vedkommende er effektivt arbeid på jobb, selvfølgelig med pauser og det som er naturlig å forvente, men det er jo ikke å... For at det skal være naturlig at bedriften betaler, så må jo vedkommende gå inn i en jobb og produsere 40 % av tiden." (Adm. direktør, industribedrift)*

Den samme direktøren viser til internasjonal konkurranse som utfordrende for å drive med tilrettelegging:

*"Problemet er det at vi konkurrerer med polske firmaer, med andre østeuropeiske firmaer, med asiatiske firma.. som betaler 10-15 kr timen i lønn.. og vi betaler 200. Og vi har ikke råd til å miste en eneste time. Kundene våre er ikke interessert i å betale for noen som ikke produserer fullt ut.. Vi må levere til kundene våre, topp-fagfolk på hele linja, hvis ikke så mister vi jobbene. Men det er sånn industrien har blitt etter hvert, hvor vi skal produsere noe på anbud. Da må vi jo, når vi har fått jobben så har vi så så mye penger for å gjøre det, og jo mer vi kaster bort på tull jo mindre blir det igjen" (Adm. direktør i en industribedrift).*

Flere er også inne på hvilken rolle virksomhetene skal ha i arbeidslivet:

*"Den som er sykemeldt, og kommer hit med en sykemelding, at vi får til en god dialog om tilstanden. Vise en medmenneskelig forståelse, men samtidig så må du på en fin måte si at «vi er ikke trygdekontoret», vi er en bedrift, ikke sant?" (HMS-sjef, transportelskap)*

*"Det blir for mye tilrettelegging, og vi kan ikke være en sånn sosialbedrift heller, som må ta oss av dem som ikke takler det. For det er jo en tøff jobb og de skal jo være ute hos kundene våre. (Leder, servicebedrift)*

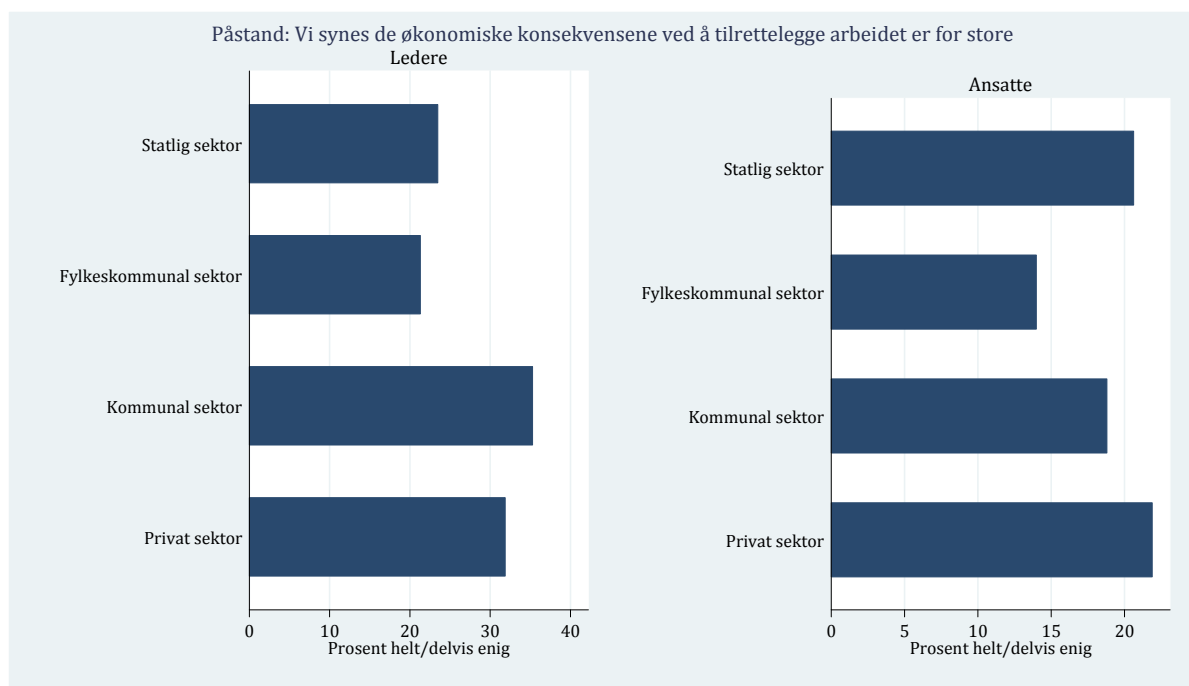


Vi har bedt respondentene ta stilling til følgende påstand: Vi synes de økonomiske konsekvensene ved å tilrettelegge arbeidet er for store

**Tabell 3.9 Fordeling enig/uenig i påstand: Vi synes de økonomiske konsekvensene ved å tilrettelegge arbeidet er for store**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	314	306	20	27
Delvis uenig	304	164	19	14
Verken/eller -har ingen mening	462	452	29	39
Delvis enig	371	157	23	14
Helt enig	149	66	9	6
Totalt	1600	1145	100	100

Det er altså en av tre ledere som er helt eller delvis enig i at de økonomiske konsekvensene av tilrettelegging er for store, mens færre enn hver femte ansatt er enig i dette. Dersom vi kun ser på de virksomhetene der både representanter fra lederne og fra de ansatte har svar, finner vi at hhv 16 og 12 prosent er enige i påstanden.

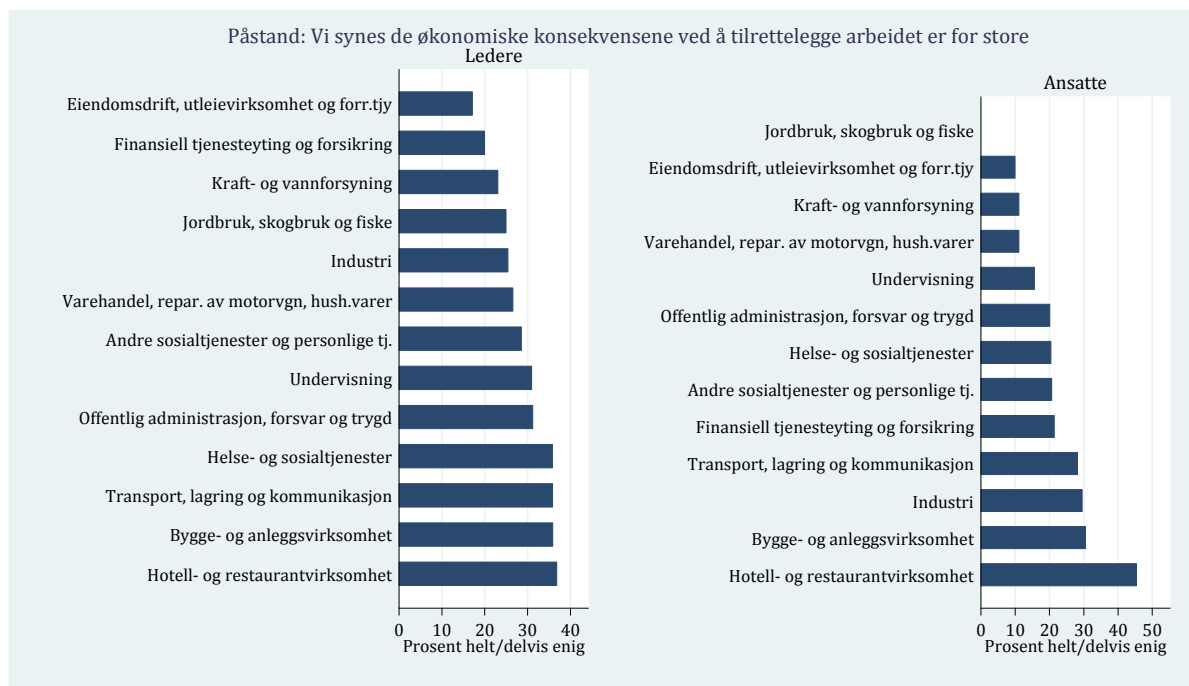


**Figur 3.8 Andel av lederne som mener at de økonomiske konsekvensene ved å tilrettelegge arbeidet er for store, etter sektor, 2011/2012.**

Det er altså forskjeller i hva ledelsen og de ansatte mener om dette også, og særlig ser det ut til at ledere i større grad enn ansattrepresentanter i kommunene merker de økonomiske konsekvensene, mens dette kanskje er tydeligere for ansatte i privat sektor. Det er også stor variasjon i svarene innen de ulike sektorene, og det er ikke sterke systematiske forskjeller i svarene til de ansatte mellom

sektorene. I svarene til lederne er det derimot betydelig systematikk i svarene og privat og kommunal sektor ligger systematisk over fylkeskommunal og statlig sektor i opplevelsen av økonomiske konsekvenser.

Vi ser på det samme mellom næringer. Det er ikke sterke systematiske sammenhenger i hverken svarene fra ledere eller ansatte, noe som betyr at det varierer mye også innen næringer.



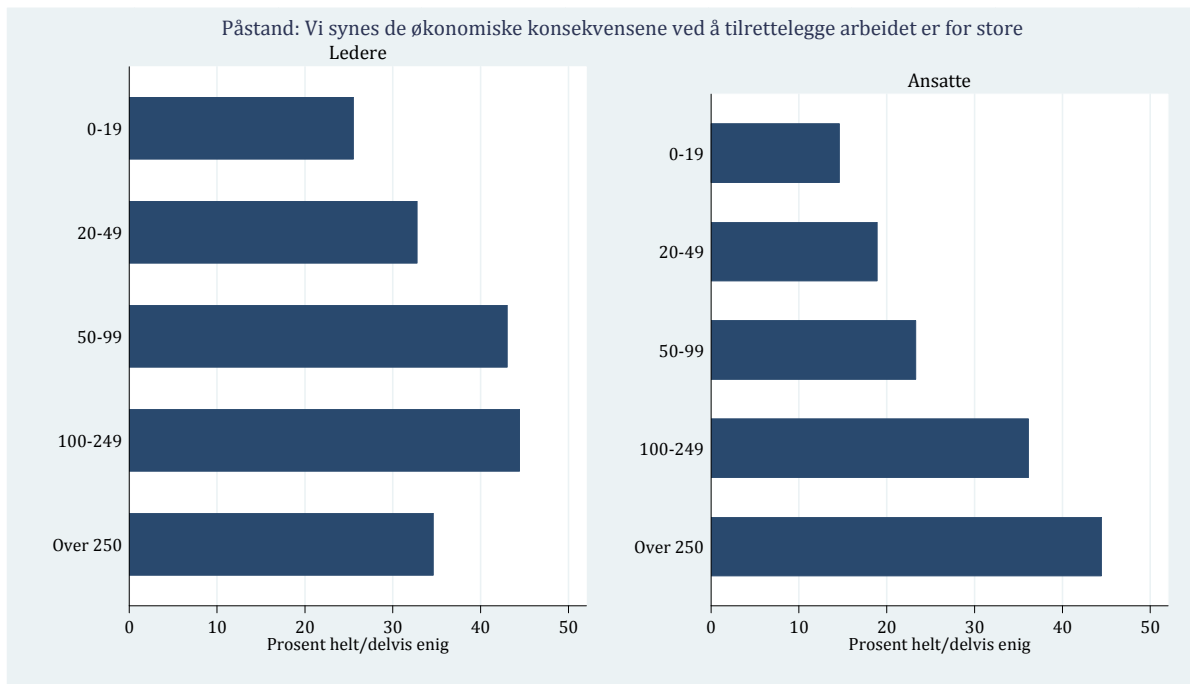
**Figur 3.9 Andel av lederne som mener at de økonomiske konsekvensene ved å tilrettelegge arbeidet er for store, etter næring, 2011/2012.**

Det er de samme næringene som går igjen, hotell- og restaurant, bygge- og anleggsvirksomhet, transport, lagring og kommunikasjon. Vi tar også med variasjonen i svarene mellom ulike virksomheter av ulik størrelse. Dette kan i stor grad reflektere sektor og næringssammensetning heller enn størrelse, men når vi kontrollerer for næring og sektor, varierer svarene fortsatt systematisk etter størrelse på virksomheten. Da er det også en tilnærmet lineær sammenheng, ved at andelen enige øker også fra de nest største til de største virksomhetene.

Vi har også i noen intervju vært inne på hva som ville skjedd dersom arbeidsgiver skulle få mer økonomisk ansvar for sykmeldingene, jf forslaget fra "Ekspertgruppen for sykefravær" og noen svarer veldig tydelig:

*"Da hadde vi vært mer kyniske med å få folk ut." (Leder, elektroproduksjon).*

Større virksomheter melder altså i større grad om økonomiske konsekvenser av å tilrettelegge og dette har sannsynligvis sammenheng med at det er relativt flere som har behov for tilrettelegging i store virksomheter enn i små virksomheter. Det kan også skyldes at tilretteleggingen blir mer satt i system enn i små virksomheter, slik at de økonomiske konsekvensene blir mer synlige.



**Figur 3.10 Andel av lederne som mener at de økonomiske konsekvensene ved å tilrettelegge arbeidet er for store, etter størrelse på virksomheten, 2011/2012.**

### 3.4.7 Grenser for tilrettelegging

En leder i et transportselskap er også inne på at det finnes en maksgrense for tilrettelegging, og vedkommende synes det går greit å formidle dette til NAV:

*"Vi prøver jo etter beste evne å tilrettelegge for den som har behov, da. Men så har vi det at vi føler at vi har nådd maksen med hvor og hvor lenge vi skal tilrettelegge for vedkommende. Når han egentlig ikke klarer å stå i hundre prosent. Jeg tror nok vi strekker oss ganske langt. Og i de tilfellene som går over tid, er det ikke noe problem å få Nav med seg på at nå, nå har vi gjort nok i saken her, så... de... ja, synes det går veldig greit, da. Så jeg tror nok vi gjør det vi skal." (Økonomisjef, transportselskap)*

Videre kommer økonomisjefen i transportselskapet med et eksempel på tilrettelegging der de føler at de kanskje har strekt seg *for* lang i forhold til tilretteleggingsplikten:

*"Ja, vi har hatt en situasjon der vi føler at vi har holdt på og jobbet så lang tid, at vi nesten har opprettet en egen stilling til for at han skulle holde seg i arbeid. Det føler vi kanskje blir litt feil, da, over så lang tid. Hvis det hadde vært kortvarig, hadde det vært gevinst, hvis vi hadde fått han tilbake i full vanlig jobb, men ikke hvis han skal gå i den stillinga. Da føler vi ikke at vi har gevinst på det. Da føler vi at vi har en stilling som vi egentlig ikke har behov for." (Økonomisjef, transportselskap)*

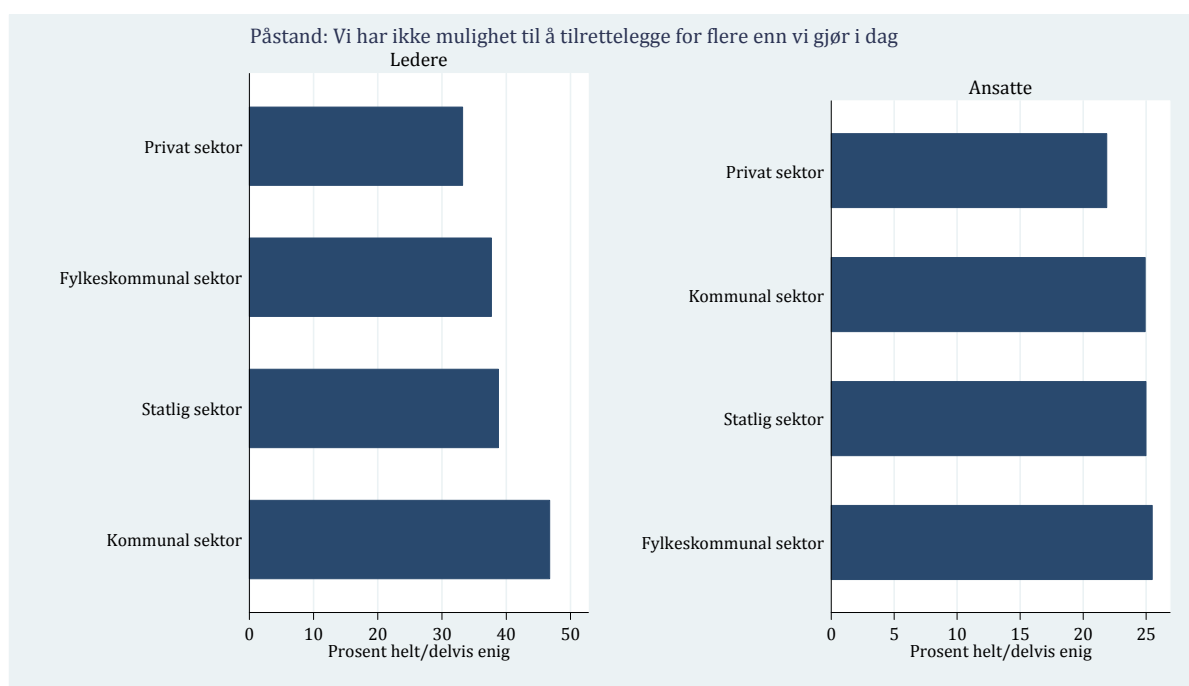
Utfordringene med tilrettelegging henger trolig sammen med behovet for tilrettelegging. Vi har bedt respondentene besvare følgende to påstander: Vi har ikke mulighet til å tilrettelegge for flere enn vi gjør i dag og Det har ikke vært noe særlig behov for tilrettelegging av arbeidsoppgaver i vår virksomhet.

**Tabell 3.10 Fordeling enig/uenig i påstand: Vi har ikke mulighet til å tilrettelegge for flere enn vi gjør i dag**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	227	258	14	22
Delvis uenig	348	256	22	22
Verken/eller -har ingen mening	345	356	21	31
Delvis enig	450	192	28	17
Helt enig	238	88	15	8
Totalt	1608	1150	100	100

Det er altså 43 prosent av lederne og 24 prosent av representanter for de ansatte som mener at grensen for hvor mange som får tilrettelagte oppgaver er nådd.

Her er det systematiske forskjeller mellom sektorer, og det er igjen kommunene som i størst grad svarer at de har nådd en grense.

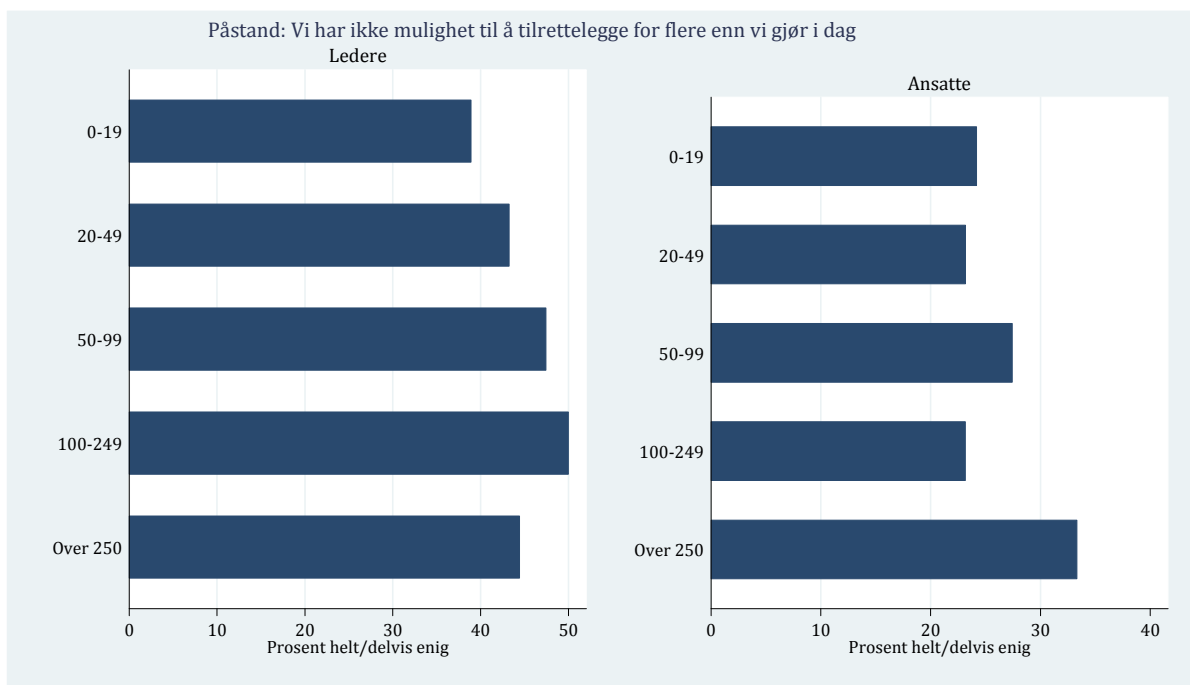


**Figur 3.11 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at de har ikke mulighet til å tilrettelegge for flere enn de gjør i dag, etter sektor, 2011/2012.**



**Figur 3.12** Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at de har ikke mulighet til å tilrettelegge for flere enn de gjør i dag, etter næring, 2011/2012.

Her ser vi at i følge lederne er grensen nådd for over halvparten av virksomhetene innen helse- og sosialtjenester, kraft- og vannforsyning (har mange seniorer), og innen transport og lagring. Sett fra de ansattes side, ser også en stor andel av hotell- og restaurantvirksomhet ut til å nærme seg en grense.

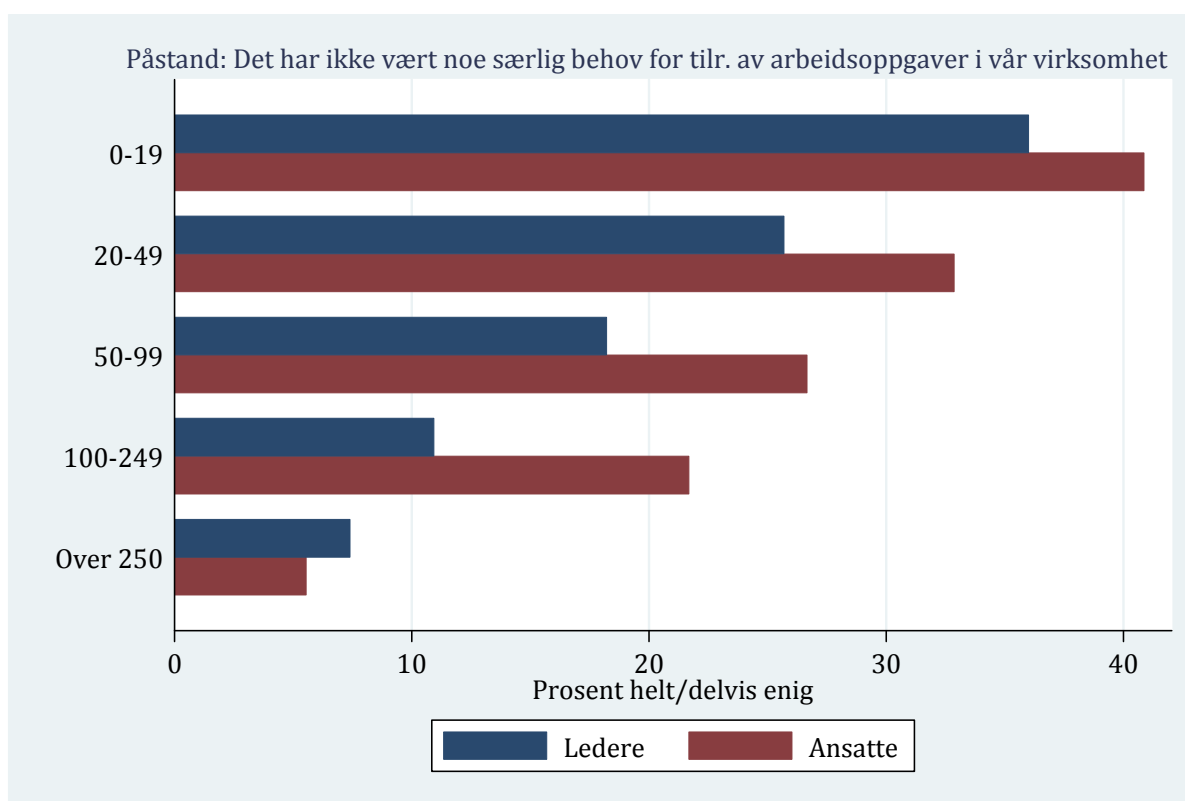


**Figur 3.13** Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at de har ikke mulighet til å tilrettelegge for flere enn de gjør i dag, etter virksomhetsstørrelse, 2011/2012.

**Tabell 3.11 Fordeling enig/uenig i påstand: Det har ikke vært noe særlig behov for tilrettelegging av arbeidsoppgaver i vår virksomhet**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	496	232	31	20
Delvis uenig	467	324	29	28
Verken/eller -har ingen mening	214	205	13	18
Delvis enig	308	258	19	22
Helt enig	128	133	8	12
Totalt	1613	1152	100	100
			27	34

Dette har selvsagt sammenheng med størrelsen på virksomhetene, men det viser også et viktig poeng. Små virksomheter har mindre erfaring med sykmeldinger.



**Figur 3.14 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at det ikke har vært noe særlig behov for tilrettelegging av arbeidsoppgaver i deres virksomhet, etter størrelse, 2011/2012.**

Det interessante her er de betydelige forskjellene mellom ledere og ansatte, og mønsteret er det samme om vi kun ser på virksomhetene der både representant for de ansatte og representant for ledelsen har svart. Dette kan tyde på at representanter for de ansatte ikke har full oversikt over hvilken tilrettelegging som gjøres. Dette er naturlig og i tråd med funn fra evalueringen av IA-avtalen (Ose et al., 2009) om at de tillitsvalgte i stor grad ikke er involvert i sykefraværsoppfølging og tilrettelegging.

### 3.4.8 Ansattes medvirkningsplikt

Andre er opptatt av de ansattes medvirkningsplikt, og mener at denne blir for lite vektlagt, sammenliknet med arbeidsgiverens tilretteleggingsplikt. I det følgende sitatet uttaler en avdelingsleder:

*"Hvis de er 70 prosent sykemeldt, skal de være hjemme den 70 prosenten, for de er dårlige, de. Så her... jeg føler at det er veldig mye fokus på at arbeidsgiver skal legge til rette, arbeidsgiver skal gjøre ditt og arbeidsgiver skal gjøre datt. Og det er oppfølgingsplaner i hytt og pine, og hele pakka her, men hvis at arbeidstaker ikke er interessert i å være med oss på det, så sliter vi uansett. Vi må kanskje begynne å se litt sånn sanksjoner imot arbeidstakerne også. At vi kunne hatt en sånn... vi kan rapportere inn til NAV at vi ikke er helt enige i ting som... de gjør og sier og slike ting, men jeg synes det er for lite fokus på arbeidstaker sine plikter. Det er veldig mye fokus på arbeidsgiver, men ikke så mye på arbeidstaker." (Avd.leder, vikarbyrå).*

Som presentert i Sieurin et al. (2009) var holdningene til deltidssykemelding blant svenske arbeidstakere generelt positiv, selv om mange rapporterte at dette gikk negativt ut over kolleger og arbeidsmiljø. Dette tolket forfatterne dithen at de fleste setter egen helse foran relasjoner på arbeidsplassen. Det er vel også den oppfatningen vi sitter igjen med etter å ha intervjuet flere tillitsvalgte og sykmeldte. Vi ser ikke bort fra at i tilfeller der lege og pasient diskuterer hvorvidt den ansatte skal ha full eller gradert sykmelding, kan dårlig samvittighet for merbelastning av kolleger være et argument til hinder for at sykmeldingen graderes.

Et verneombud er inne på at dette også er arbeidstakers ansvar:

*"Det er jo veldig viktig her, at den sykmeldte gir uttrykk for hvor mye en har kapasitet. Og det er veldig viktig å høre på den kapasiteten er... For det er jo like viktig at den som er i gradert sykmelding blir det man har kapasitet til. For at det ikke skal gå utover andre." (Verneombud, hotell)*

En av lederne er inne på det mange opplever som vanskeligst med sykefraværsarbeidet, nemlig gjengangerne:

*"Hun fungerte ikke som renholder, da regner vi med at hun kommer til å sykmelde seg igjen. Vi kan ikke ha en som aldri er på jobb." (Avd.leder rengjøringsfirma).*

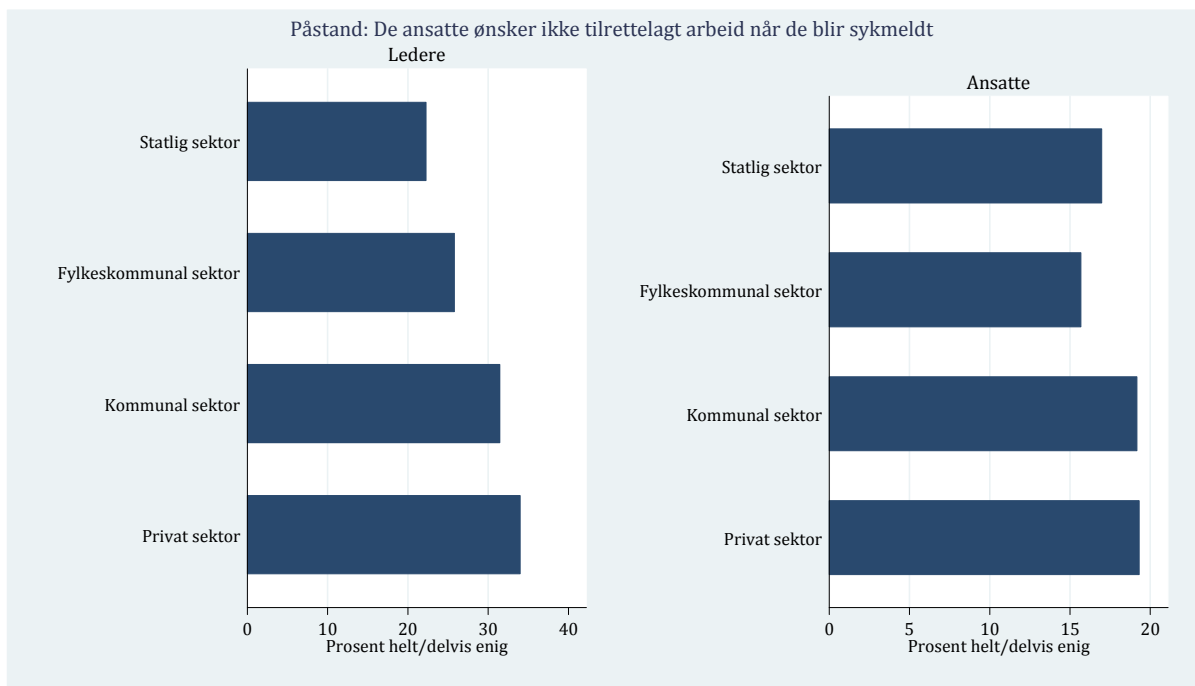
I diskusjonen rundt oppfølging av sykmeldte er det i liten grad diskutert hva de ulike aktørene skal gjøre i slike tilfeller, og vi kommer tilbake til dette i kapittel 5.

Selv om de fleste er positiv til gradering og tilrettelegging, kan det være at det ikke er samsvar mellom tilretteleggingsmulighetene i virksomheten og de ansattes forventninger. Vi har bedt ansatte og leder å ta stilling til følgende påstand: De ansatte ønsker ikke tilrettelagt arbeid når de blir sykmeldt.

**Tabell 3.12 Fordeling enig/uenig i påstand: De ansatte ønsker ikke tilrettelagt arbeid når de blir sykmeldt.**

	Antall respondenter/virksomheter		Andel respondenter/virksomheter	
	Ledelse	Ansatte	Ledelse	Ansatte
Helt uenig	278	212	17	18
Delvis uenig	508	345	31	30
Verken/eller -har ingen mening	339	379	21	33
Delvis enig	438	183	27	16
Helt enig	56	33	3	3
Totalt	1 619	1 152	100	100

30 prosent av lederne og 20 prosent av de ansatte svarer at de ansatte ikke ønsker tilrettelegging om de blir sykmeldt. Det er systematiske forskjeller mellom virksomheter i ulike sektorer i svarene fra leder, men det er ikke systematiske sektorforskjeller i svarene til de ansatte.

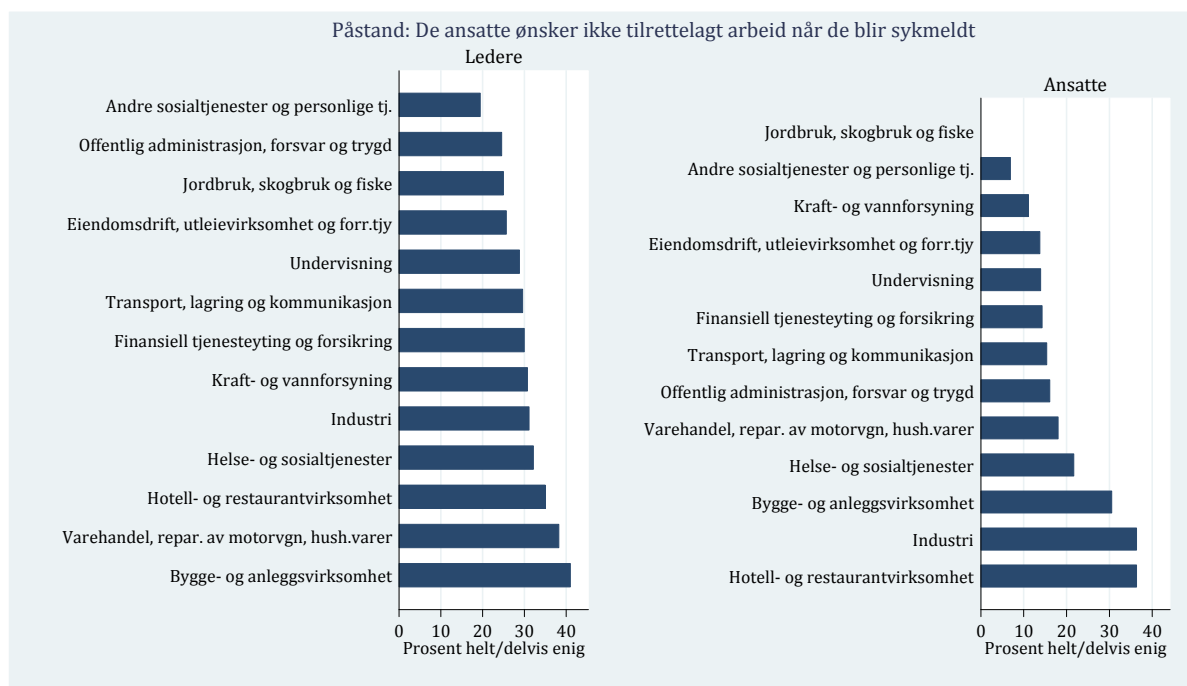


**Figur 3.15 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at de ansatte ikke ønsker tilrettelagt arbeid når de blir sykmeldt, etter sektor, 2011/2012.**

Det ser i størst grad ut til å være manglende vilje til å få tilrettelagte oppgaver blant de ansatte i privat sektor, men det er ikke signifikante forskjeller mellom privat og kommunal sektor.

Vi ser videre på næringsforskjellene i svarene på denne påstanden.





**Figur 3.16 Andel av respondentene som er helt/delvis enig i at de ansatte ikke ønsker tilrettelagt arbeid når de blir sykmeldt, etter næring, 2011/2012.**

Her ser vi igjen de samme bransjene som vi har sett tidligere i kapittelet. Industri, helse- og sosial, hotell- og restaurant, bygg og anlegg. Her ser vi også at i svarene til lederne ligger varehandel høyt.

At de ansatte ikke ønsker tilrettelegging kan ha mange årsaker:

- Når det er fravær er det som oftest sykdom som krever full sykmelding
- Dårlige tilretteleggingsmuligheter
- Dårlig tilretteleggingspraksis
- At de går for lenge før tilrettelegging vurderes
- Annet

En hovedtillitsvalgt i et stort bygg- og anleggssfirma vi har intervjuet, oppsummerer på en illustrerende måte både positive og negative konsekvenser av tilrettelegging:

*"Jeg tror nok i bunn og grunn at folk synes det er positivt. Altså, at de føler at de blir tatt vare på, at... det er klart, en får jo noen som... får jo noen reaksjoner, uheldige utsagn, og folk blir satt til å gjøre andre ting enn det de... de blir kanskje satt til å gjøre arbeid her inne, hjelpe prosjektleder med sånne... papirarbeid, og det er ikke alle som er like... det er jo håndverkere, ikke sant? Og for mange er det en grunn til at de ikke er akademikere, da. Det er ikke bare tilfeldig at de er håndverkere, det... og når de da blir satt til, kall det teoretisk arbeid, det er ikke alle som er like egnet til det. Og de har ikke den motivasjonen for å... mens andre synes det er helt topp, å få muligheten til å gjøre alternativt arbeid og bli fulgt opp på den måten. Men jeg tror altså... alt... det store flertallet synes det er positivt." (Hovedtillitsvalgt, bygg- og anleggssfirma)*

Vi spør videre om det er slik at det er et uutnyttet potensial for tilrettelegging og flere ansatte på gradert sykmelding i denne bygg- og anleggsbedriften. Her kommer den ansatte inn på at man kan nå et "tak" for tilretteleggingsmulighetene etter hvert:

*"Ja, vi kan nok gjøre litt mer enn det vi gjør i dag, men en når nok et metningspunkt etter hvert, siden vi er en bransje som er avhengig av at folk har hundre prosent helse. Vi kan liksom ikke ha for mange med skavanker, da er det ikke godt å få kabalen til å gå opp. Du skal liksom sette opp hvem som skal gjøre hva, hvis du liksom har fem mann på et prosjekt med tjue mann, og fem må ha det tilrettelagt, da begynner du å få problemer med å få det til å gå sammen. For det er jo jevnt over, ikke alt arbeid som er like tungt, men det krever at du er frisk og rask, rett og slett, for å... holde koken. Og så er det ikke veldig... altså... det er ikke alltid det er like greit for... det er ikke det at det skal være greit, det kan være litt lite motiverende for den enkelte om du føler at du nesten bare går rundt og feier i ring, så å si, du blir satt til ting som ikke er... det må være en nytteverdi i det arbeidet, for hvis ikke føler folk at de nesten bare går i veien. Det har vi hatt tilfeller at det er at de nesten bare oppholder de andre med snakk og... og det er... det slår veldig uheldig ut for den enkelte og for de andre som skal forholde seg til det." (Hovedtillitsvalgt, bygg- og anleggssfirma)*

### 3.4.9 Hvordan tilrettelegges det?

Vi har også snakket med virksomheter som man i utgangspunktet skulle tro støter på utfordringer ved tilrettelegging, men som har vært kreative og funnet løsninger for de ansatte. Dette er virksomheter som virker bevisste på egen personalpolitikk, og som ser verdien av å jobbe forebyggende. Helt konkret har vi snakket med to virksomheter i ulike næringer som har bidratt til å opprette en egen "tilretteleggings-pool" sammen med andre eksterne bedrifter i samme område. Her kan ansatte med behov for tilrettelegging jobbe i andre typer virksomheter hvis det er vanskelig å få til tilrettelegging på egen arbeidsplass. En annen virksomhet lot ansatte med behov for tilrettelegging holde kurs for de øvrige ansatte – og gjorde således tilretteleggingen til et kompetansehevende tiltak, både for den som holdt kurset og de som deltok. Det kan være utfordrende å tilrettelegge når det er mange i samme virksomhet som utfører de samme oppgavene:

*"Hvis du er sykemeldt og det er jobberelatert, så er det som regel vanskelig. Det kan være slitasjeskader i nakke, rygg, armer, sånne ting. Og så skal du begynne å tilrettelegge, når alle avdelingene har den samme belastningen, på en måte, da blir det litt vanskelig" (Økonomisjef, hotell)*

Vi har forsøkt å kartlegge hvordan det tilrettelegges ved å spørre lederne i virksomhetene om de har forsøkt og om ja, hvilken effekt har følgende tilretteleggingstiltak hatt:

- a) Endring av arbeidstid, tidskrav, tempo mv
- b) Endring av/nye arbeidsoppgaver
- c) Fysisk eller ergonomisk tilrettelegging
- d) Anskaffelse og bruk av tekniske hjelpemidler og utstyr
- e) Endring av arbeidsutstyr

- f) Bedriftsintern attføring
- g) Overført arbeidstaker til annet arbeid intern i virksomheten
- h) Utprøving på annen arbeidsplass

**Tabell 3.13 Andel virksomheter som har forsøkt ulike tilretteleggingstiltak**

	Andel virksomheter som har forsøkt
a) Endring av arbeidstid, tidskrav, tempo mv	89
b) Endring av/nye arbeidsoppgaver	90
c) Fysisk eller ergonomisk tilrettelegging	87
d) Anskaffelse og bruk av tekniske hjelpemidler og utstyr	78
e) Endring av arbeidsutstyr	60
f) Bedriftsintern attføring	32
g) Overført arbeidstaker til annet arbeid intern i virksomheten	57
h) Utprøving på annen arbeidsplass	42

De aller fleste virksomhetene har forsøkt endring i arbeidstid, tidskrav, tempo, oppgaver og fysisk/ergonomisk tilrettelegging. Om lag en av tre virksomheter i dette utvalget har forsøkt bedriftsintern attføring.

**Tabell 3.14 Andel virksomheter som har forsøkt ulike tilretteleggingstiltak og opplevd effekt**

	Ingen effekt	Kortere sykefravær	Lengre sykefravær	Totalt
a) Endring av arbeidstid, tidskrav, tempo mv	22	76	2	100
b) Endring av/nye arbeidsoppgaver	23	75	2	100
c) Fysisk eller ergonomisk tilrettelegging	19	80	1	100
d) Anskaffelse og bruk av tekniske hjelpemidler og utstyr	22	77	1	100
e) Endring av arbeidsutstyr	29	70	1	100
f) Bedriftsintern attføring	26	70	5	100
g) Overført arbeidstaker til annet arbeid intern i virksomheten	27	69	4	100
h) Utprøving på annen arbeidsplass	35	60	5	100

Det ser ut til å være god effekt at tiltakene når vi ser på disse svarene, men det er selvsagt vanskelig med videre tolkninger av en slik grovkartlegging. Vi finner ingen systematikk i svarene mellom sektorer og næringer.

Det handler ikke bare om hvordan det tilrettelegges, men også for hvem det tilrettelegges for. En av våre respondent viser også hvor viktig det kan være for enkeltpersoner som blir syke at de har en arbeidsgiver som er villig til å gjøre noe mer enn hva reglene tilsier:

*" Men jeg er egentlig veldig stolt over at vi har hatt folk som har vært ute på grunn av... ordentlig dype psykiske problemer, og som har vært sykemeldt over et år, og kunne i utgangspunktet sagt at nå er det noen andre som skal overta, som vi har jobbet gradvis med å øke stillingsandelen trinn for trinn for trinn, helt til man er helt tilbake og friskmeldt. Så det synes jeg er fantastisk." (Leder, vikarbyrå)*

### **3.4.10 Næringsforskjeller i tilretteleggingsmuligheter**

Basert på svar på et åpent spørsmål om hva de opplever som mest utfordrende for å kunne tilrettelegge for personer på gradert sykmelding, kan vi se om det er noen forskjeller mellom næringer i hva de svarer. Vi har svar fra 646 ledere og fra 532 representanter for de ansatte.

#### **Bygge- og anleggsvirksomhet**

Innenfor bygge- og anleggsvirksomhet nevner både lederne og de ansatte at utfordringene er knyttet til at selve arbeidet er vanskelig å tilrettelegge. På en byggeplass vil det være mulig å samle en del oppgaver som kan utføres av folk som trenger lavere/annen belastning for en periode, men for mange som trenger tilrettelagte oppgaver vil være vanskelig.

#### **Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting**

Innenfor eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting nevner lederne at de opplever problemer med å få dekket opp arbeidstiden til alle tider og at det er tidkrevende med tilrettelegging. De ansatte innenfor denne hovednæringen nevner stort sett også at det er arbeidstiden som er den største utfordringen.

#### **Finansiell tjenesteyting og forsikring**

Innenfor finansiell tjenesteyting og forsikring nevner lederne at de opplever at en gradert sykmelding gir økt belastning for de andre ansatte, mens de ansatte innenfor denne hovednæringen nevner at det er problemer knyttet til den sykmeldtes motivasjon som er den største utfordringen.

#### **Helse- og sosialtjenester**

Innenfor helse- og sosialtjenester nevner lederne ofte at det er vanskelig å tilrettelegge deres type arbeid, fordi arbeidet er med mennesker som er avhengig av at rutiner følges. Arbeidstaker må være med 100 % ellers blir belastningen på de andre ansatte for stor. Det nevnes ofte at det er vanskelig å få dekket opp vaktene/turnusene med stabile vikarer. Lederne nevner også ofte dette fører til at kvaliteten på deres arbeid går ned, og at de ofte opplever økonomiske utfordringer med å tilrettelegge.

De ansatte er naturlig nok mer opptatt den sykmeldtes opplevelse av å være sykemeldt, enn det vi finner i svarere fra lederne. Blant annet nevner de ansatte at det ofte er utfordrende å kunne gi den sykmeldte oppgaver de kan mestre, uten at dette skal oppleves som de er en byrde for de andre ansatte. Det nevnes også blant de ansatte at kollegaene kan bli overbelastet med de tunge oppgavene ved tilrettelegging av arbeidsoppgaver for den sykmeldte. Videre sies det at de har en arbeidsplass hvor alle oppgaver må utføres - man kan ikke utsette arbeid til neste vakt eller neste dag. At én går for

"halv maskin" betyr at andre må jobbe mer. De ansatte nevner også utfordringer i forhold til å få dekket behovet for vikarer.

### **Industri**

Innenfor industri nevner lederne at de opplever at tilrettelegging ved gradert sykemelding gir utfordringer i forhold til arbeidets art. Det er nevnes at det er vanskelig å tilrettelegge selve arbeidet innenfor den sykemeldtes fagfelt, mens de ansatte innenfor denne næringen nevner stort sett at det er problemer knyttet til økt belastning for de andre ansatte.

### **Transport**

Innenfor transport nevner lederne og de ansatte at de største utfordringene med å finne oppgaver de på tilrettelegging kan gjøre, og at sykefraværet må dekkes opp med en ekstra person uansett.

### **Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning**

Innenfor offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning nevner lederne at de opplever at tilrettelegging ved gradert sykemelding gir utfordringer i forhold til arbeidets art og få dekket opp behovet for vikarer.

De ansatte nevner blant annet å finne gode løsninger som både leder og de ansatte kan leve med, og at det også er viktig at det ikke oppstå et forhold der den sykmeldte føler at de er en ekstra belastning for de andre ansatte.

### **Undervisning**

Innenfor denne hovednæringen nevner lederne at de opplever at tilrettelegging ved gradert sykemelding gir utfordringer i forhold til arbeidets art, og å finne vikarer den sykmeldte delen av stillingen. Det nevnes at arbeidsoppgavene ikke egner seg for en som har redusert arbeidsevne og at det er særlig vanskelig å tilrettelegge for lærere som ikke kan undervise. Det er undervisning som er hovedarbeidsoppgaven, og når ikke dette kan gjennomføres og man heller ikke oppnår å få dekket inn med gode vikarer, går dette utover kvaliteten på undervisningen. De nevner også økonomisk utfordring å kunne ta inn vikar for en som er delvis sykemeldt og at merbelastning på kollegaer er et stort problem.

De ansatte nevner at på en skole kan det være vanskelig å gå til gradert sykemelding dersom det ikke blir satt inn vikar fordi ingen andre gjør arbeidet mens man selv er delvis sykemeldt. De nevner i stort grad det samme som sine ledere og særlig at det ofte fører til økt belastning for andre ansatte.

### **Andre sosialtjenester og personlige tjenester**

Innenfor andre sosialtjenester og personlige tjenester nevnes det ofte blant lederne at utfordringene er knyttet til merbelastning på de andre ansatte, og at dette er problemer med å få turnusarbeidet til å gå opp. Blant de ansatte trekkes det frem at det er arbeidets art og problemer knyttet til å finne arbeidsoppgaver som mest utfordrende for å kunne tilrettelegge for personer på gradert sykemelding.

Vi ser altså at det er noen utfordringer som går igjen i de fleste næringene, men også at det er næringsspesifikke utfordringer.

### 3.4.11 Svakheter i datamaterialet: De flinke har svært.

Når vi rekrutterer virksomheter til å delta i intervjuer, opplever vi at det er lettere å rekruttere virksomheter som gjør en god innsats i forhold til oppfølging av sykmeldte, gradering og tilrettelegging. De har ofte lyst til å dele gode erfaringer med andre. Det kan også være virksomheter der de ser de har utfordringer og mener de kan ha noe å lære av å bli med i et SINTEF-prosjekt. Ofte tilbyr vi virksomhetene en nøytral tilbakemelding av hvordan vi opplever situasjonen i virksomheter etter at vi har gjennomført en del intervjuer der. Dette har bidratt til at vi også har fått med noen virksomheter som ikke synes de får til dette arbeidet så godt. Generelt er det nok flere "vellykkede" virksomheter som lar seg rekruttere enn de som ikke opplever at de lykkes så godt.

I datagrunnlaget fra spørreskjemaundersøkelsen er dette enda tydeligere. Før det første har vi et utvalg av virksomheter som var registrert i IA-registeret i 2009 (5000 virksomheter). Blant disse var det 4000 virksomheter som fortsatt var registrert som aktive virksomheter i 2011. De mottok et relativt omfattende spørreskjema fra SINTEF og over 65 prosent av virksomhetene har respondert med svar fra enten leder eller tillitsvalgt. Svarprosenten er 53% og 37% for hhv ledere og ansatte. Om dette er representativt i forhold til hvordan virksomhetene arbeider med IA og oppfølging av sykmeldte, er svært usikkert. I tillegg til å være IA-virksomhet (har ofte behov for fokus på sykefravær og er bevisste egne utfordringer) har de også respondert på spørreskjemaet. Kanskje har de respondert fordi de opplever å ha noe å formidle, og det kan både være positivt og negativt. Erfaringsmessig vil de som har inngått IA-avtale ønske å gi et positivt budskap (handler også om seleksjon inn i IA-avtalen) og vi har derfor overvekt av de som er mest fornøyd i utvalget.

De lederne og ansattrepresentantene som har svart på spørreundersøkelsen er kanskje derfor de som best får til IA-arbeidet og at vi dermed har en dobbel seleksjonseffekt ved at de både har inngått IA-avtale og svart spørreskjema for evalueringen av IA-avtalen. Vi tror dermed at dette ikke er blant de mest misfornøyde virksomhetene, de er generelt mer positive, har mer kunnskap om regelverket og sannsynligvis også ønsker inkludering i større grad enn andre.

## 3.5 Sammendrag, diskusjon og konklusjon

### *Tidligere forskning*

I dette kapitlet har vi beskrevet norske og internasjonale bidrag innenfor forskningen på gradert sykmelding og tilrettelegging. Litteraturgjennomgangen viste at de fleste studiene har fokus på effekter av gradert sykmelding og tilrettelegging for den sykmeldte, mens konsekvenser på arbeidsplassen i liten grad er studert.

Det er også lite å hente fra Return-to-work (RTW) litteraturen. Der er fokus i større grad på behandlingsopplegg enn arbeidsplass, og hva som er mulig å gjøre av tilpasninger og tilrettelegging på arbeidsplassen. I de studiene hvor både medisinske forhold og forhold på arbeidsplassen er vurdert, blir det ofte konkludert med at arbeidsplassen og det som skjer der, har vel så stor betydning for et vellykket RTW utfall som medisinske forhold. En åpenbar konsekvens av dette er at det etterlyses mer forskning som ser på tilrettelegging og forebygging på arbeidsplassen.

### ***"Ekspertutvalget for sykefravær" har i liten grad diskutert arbeidsplassen som arena***

Da "Ekspertutvalget for sykefravær" gav innspill til regjeringen om tiltak for å redusere sykefraværet i Norge, støttet de seg bl.a. på norsk forskning som viser at sykefraværet "falt som en stein" etter at gradering av sykmeldinger ble vektlagt i regelendringene 1. juli 2004. Med et ytterligere fokus på gradering av sykmeldinger, og et formalisert NAV-system for tettere oppfølging av sykmeldte fra lege og arbeidsgiver, håper man at regelendringene 1. juli 2011 bidrar til å redusere sykefraværet.

Utvalgets rapport har ikke et sterkt arbeidsplassfokus, noe som ville vært naturlig siden det er her behovet for sykefravær oppstår eller blir synlig. De tar ikke utgangspunkt i hva som er mulig å få til på arbeidsplassen, men er opptatt av legens rolle og at denne må disiplineres til å sykmelde i mindre grad enn i dag.

Vi har derfor tatt utgangspunkt i arbeidsplassen og søker å øke kunnskapen om muligheter og barrierer for tilrettelegging og god oppfølging av sykmeldte. Hva som er god tilrettelegging og oppfølging, er ikke nødvendigvis i samsvar med hva myndighetene nå definerer av stoppunkter og tidsakser for sykefraværsoppfølging. Dette kommer vi tilbake til litt senere i diskusjonen.

### ***Alle aktører er positiv til gradering av sykmeldingene***

Både tidligere forskning og våre egne analyser tilsier at alle aktører involvert i sykefraværsarbeid har tro på at gradert sykmelding i seg selv er et godt tiltak. Særlig i forhold til de positive effektene det kan ha for både sykmeldt, kolleger og arbeidsgiver når den sykmeldte opprettholder jevnlig kontakt med arbeidsplassen. Forskningen finner motstridende resultater av gradert sykmelding på sykefraværslengde, og gradert sykmelding ser ut til å være mest utbredt i de næringene, og for de ansatte, der sykefraværet i utgangspunktet er lavt. Likevel er det vår oppfatning etter å ha studert feltet, at holdningene til gradert sykmelding per se er positive. Positive holdninger er et godt utgangspunkt når man nå (igjen) oppfordrer til å bruke graderte sykmeldinger som regelen, heller enn unntaket.

### ***Vil gradering føre til redusert sykefravær?***

At en økning i bruken av graderte sykmeldinger skal gi lavere sykefravær, er nærmest en matematisk sannhet. Alt annet likt, vil en økning i antall sykmeldinger som er gradert – føre til en tilsvarende reduksjon i totale antall sykepengedager. Betingelsen er da at det ikke blir flere sykefraværstilfeller som følge av graderingen og at lengden på sykefraværstilfellene ikke endres som følge av graderingen.

Når en snakker om reduksjon i sykefraværet som en effekt av et tiltak, er det viktig å definere hvilken effekt en her snakker om. Er det forventninger om redusert sykefravær gjennom:

- g) Nedgang i antall sykefraværstilfeller
- h) Nedgang i lengden på sykefraværstilfellene
- i) Reduksjon i antall arbeidstakere som har sykefravær i arbeidslivet
- j) Reduksjon i sykefraværet som har andre årsaker enn sykdom
- k) Reduksjon i det lange fraværet som kan føre til exit fra arbeidslivet
- l) Reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær

Som vi viste i forrige kapittel finner vi at økt graderingsandel fører til lavere sykefraværsprosent gjennom kortere sykefravær. Vi kan derfor forvente effekt på b), e) og f).

### ***Omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiver***

Dersom den sykmeldte er vanlig produktiv tilsvarende graderingsandelen er det ingen omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiverne, og vi får en vinn-vinn situasjon der arbeidsgiver/arbeidstaker i fellesskap utnytter resterende arbeidskapasitet til beste for begge parter. Som vi kommer tilbake til om kort tid, handler vellykketheten i dette om motivasjonen til begge partene.

Dersom graderingsandelen (feks 60 prosent friskmelding) ikke tilsvarende produktiviteten til den ansatte fordi arbeidsgiveren ikke har tilstrekkelig omfang av produktive oppgaver (disse oppgavene dekkes i stor grad av folk i faste stillinger) og om tilretteleggingen går ut over andre ansatte fordi de får økt belastning. Arbeidsgiveren kan da ønske å øke graderingsandelen på sykmeldingen for å finne en bedre balanse mellom graderingen og produktiviteten. Som vi skal se i kapittel 5 er dette vanskelig å kommunisere til legene i dagens praksis. Det kan da ofte ende med en situasjon der det er ubalanse med graderingsandel og faktisk produktivitet på arbeidsplassen.

Resultatet vil i slike tilfeller være at det skjer en omfordeling av statens og arbeidsgivers utgifter. Problemstillingen som da kommer opp er om det er bedre at folketrygdens utgifter reduseres på bekostning av redusert produktivitet og lønnsomhet i arbeidslivet. Dette ser ikke ut til å være diskutert i forslaget om innføring av gradering som hovedregel i sykmeldingene.

Men er økt gradering og strenge krav til tilrettelegging slik det nå er gjennomført, en "snikinnføring" av arbeidsgiverbetaling for sykefraværet? Noen arbeidsgivere opplever det nå slik, men vi har foreløpig ikke oversikt over de økonomiske konsekvensene av tilretteleggingsplikten for arbeidsgiverne. En kan anta at kostnadene stiger i takt med at frivilligheten går ned. Jo mer kontroller og sanksjoner som brukes, jo mindre fleksibilitet skapes og en kan få ineffektive løsninger som ikke er gjennomførbare eller bærekraftige på lenger sikt. En opplagt risiko er at de som står for mye av fraværet og trenger ofte tilrettelegging, blir en så stor byrde for arbeidsgiverne at de ikke lenger finner at nytten er høyere enn kostnaden. Dette betyr store samfunnsøkonomiske kostnader og vi er usikker på om dette er vurdert når kontrollene og sanksjonene er satt inn med den styrken de har i dag. Dette henger sammen med neste punkt.

### ***Vil økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær gi lavere sykefravær***

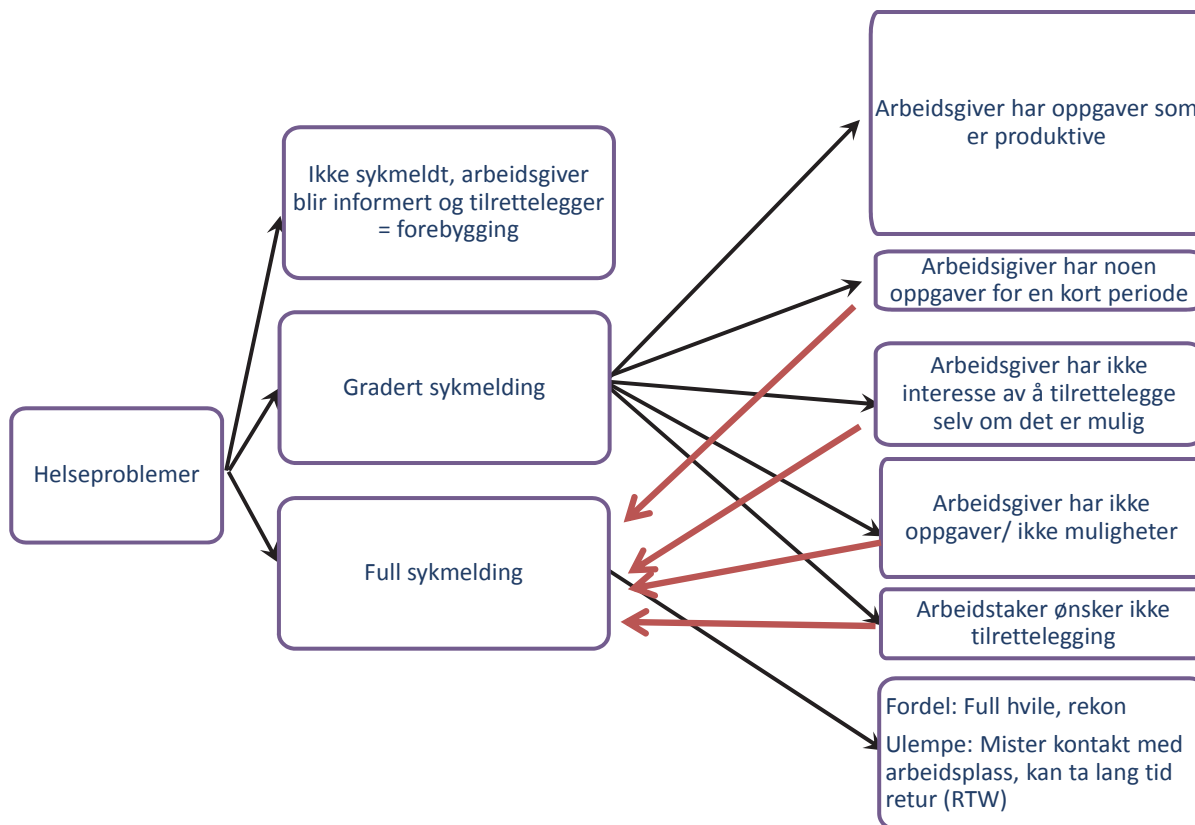
Dersom arbeidsgivere opplever økte kostnader ved sykefravær, vil de sette inn mye ressurser på å forebygge nye sykefravær, eller vil de prøve å bli kvitt de som har over gjennomsnittlig sykefravær (ekskludering), og vil de kanskje bruke mer ressurser på helse-screening av jobbsøkere.

Det er naivt å tro at økonomiske insentiver kun virker positivt ved at arbeidsgiverne da vil sette inn store ressurser på forebygging.



### Hva skjer på arbeidsplassen når noen får gradert sykmelding

Følgende figur kan illustrere alternativene på arbeidsplassen av en gradert sykmelding, full sykmelding og forebygging. Denne rapporten tar ikke opp forebygging som tema, men det er kanskje dette som er den opprinnelige IA-tanken med at det er arbeidsplassen som er hovedarena og at det er her det må utvikles et godt samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstakere.



Vi vet ikke hvor store de enkelte boksene er i forhold til fordelingen av alle virksomhetene og dette er ikke diskutert i "Ekspertutvalget for sykefravær" sin rapport. Så lenge vi ikke har informasjon om dette er det vanskelig å si noe om totaleffekten på sykefraværet av graderingsfokuset.

#### Arbeidsgiver har oppgaver som er produktive

Dersom arbeidsgiver og arbeidstaker blir enige om at den sykmeldte skal gjøre noen avgrensede oppgaver og enten leier inn en vikar for de resterende oppgavene eller fordeler de på de øvrige ansatte, vil dette gi en vinn-vinn situasjon både for arbeidsplassen og for samfunnet. Det er mange fordeler med en slik løsning og særlig at den ansatte får brukt sin arbeidsevne og opprettholder kontakten med arbeidslivet i perioden. Kompetansen til den sykmeldte beholdes i virksomheten. Men det er også noen ulemper. Dersom det ikke leies inn vikar eller vikaren er mindre produktiv enn den sykmeldte var, vil dette gi økt belastning for de andre ansatte.

#### Arbeidsgiver har noen oppgaver for en kort periode

Slike situasjoner ender ofte med en full sykmelding etter en stund, fordi den ansatte blir gående uten å hverken være produktiv eller å oppleve at de gjør noen nytte. En fordel at de har gjort denne tilretteleggingen er at arbeidsgiver tvinges til å tenke gjennom muligheter for hvordan det kan

tilrettelegges og at den ansatte får mulighet til lavere belastning/annen belastning en periode. Ulempen her er at det kan oppleves som vanskelig for den ansatte å føle seg unyttig og være en belastning.

#### Arbeidsgiver ikke interesse av å tilrettelegge selv om det er mulig

Dette kan handle om tilfeller der den ansatte ikke blir prioritert fordi han/hun ikke vurderes som "viktig nok". Det kan også være generell uvilje mot at folk skal være på arbeid uten at de er 100 prosent friske, eller at lederen ikke har kompetanse nok til å se fordelene med at vedkommende blir på arbeid. Det kan også være tilfeller der arbeidsgiver velger å ikke tilrettelegge, nettopp fordi tilretteleggingen for enkeltpersoner går ut over andre ansatte som får økt belastning. Lederen eller arbeidsgiveren kan i slike tilfeller mene at det er bedre om NAV dekker alle utgiftene heller at de betaler noe for en tilrettelegging de ikke vil gjøre. Dette kan medføre at den ansatte føler seg lite verdsatt fordi arbeidsgiveren ikke vil forsøke å gjøre tilpasninger. Den ansatte kan minste kontakt med arbeidslivet om sykmeldingen trekkes ut over lang tid.

#### Arbeidsgiver finner ikke oppgaver/muligheter

I motsetning til forrige alternativ handler dette om situasjoner der arbeidsgiveren faktisk ikke finner frem til oppgaver den som har en viss arbeidsevne kan gjøre. Arbeidsoppgavene som skal utføres på en arbeidsplass er gjerne allerede besatt av andre ansatte og det er i liten grad slik at en kan skape nye oppgaver fordi en må tilrettelegge. De blir i så fall i liten grad produktive for om de hadde vært det, hadde oppgavene vært identifisert og fordelt fra før. Det kan også være at de økonomiske rammebetingelsene til virksomheten ikke gir rom for tilrettelegging som kan føre til lavere produktivitet og lønnsomhet. Slike virksomheter har dårlige rammer for å være en inkluderende virksomhet. De har liten grad av fleksibilitet for ansatte som får behov for tilrettelegging (ikke bare for sykmeldte, men også for andre med tilretteleggingsbehov).

#### Arbeidstaker ønsker ikke gradering og tilrettelegging

Der arbeidsgiver opplever at det er vanskelig å tilrettelegge arbeidet for sykmeldte, er det også høyere andel som svarer at arbeidstaker ikke ønsker gradering og tilrettelegging. Det er naturlig at det er slik noen steder, men det er vanskelig å vurdere om det er fordi arbeidsgiver gjør en dårlig jobb i tilretteleggingsarbeidet eller om det er den ansatte som ikke er samarbeidsvillig og ønsker tilrettelegging. Dette handler sannsynligvis om motivasjon, og det er en viktig komponent i sykefraværskusjonen.

### **Motivasjon for å komme tilbake til arbeidsplassen ved sykefravær**

Et interessant diskusjonspunkt er hva som skal til for at en sykmelding etterfølges av en snarlig friskmelding. De aller fleste som får dette spørsmålet, vil sannsynligvis komme inn på dette med eget ønske og motivasjon for de enkelte partene. Vi har forsøkt å illustrere dette med følgende tabell:

	<b>Situasjon 1</b>	<b>Situasjon 2</b>	<b>Situasjon 3</b>	<b>Situasjon 4</b>
Arbeidstaker	Positiv	Positiv	Negativ	Negativ
Arbeidsgiver	Positiv	Negativ	Positiv	Negativ
Utfall	Positiv	Ustabil	Ustabil/løsning	Negativ

Dersom både arbeidsgiveren og arbeidstakeren er positive til at den sykmeldte skal komme tilbake til jobb (Situasjon 1) vil de mest sannsynligvis få det til i samarbeid. At begge ønsker at den sykmeldte skal komme tilbake, betyr sannsynligvis at de har en god relasjon, at arbeidstakere trives i jobben og at arbeidsgiver er fornøyd med den jobben som gjøres. Dette gjelder sannsynligvis i de aller fleste sykmeldingstilfellene og det trengs ikke strenge regler, kontroll og sanksjoner for å få til dette.

Situasjon 2 er problematisk. Da ønsker arbeidstakeren seg tilbake til jobb, mens arbeidsgiver ikke synes det er særlig viktig å få den ansatte tilbake. Årsaken kan være at den ansatte ikke er produktiv nok, har mye fravær, ikke anses som kompetent osv. Arbeidsgiveren kan da opptre på ulike måter, for eksempel med å være uvillig til å tilrettelegge for vedkommende. NAV kan komme til å spørre om tilretteleggingsmuligheter for vedkommende etter en stund, og arbeidsgiver må bidra med noe. Uansett vil dette kunne gi en ustabil løsning fordi arbeidsgiver i utgangspunktet er negativt innstilt. I denne situasjonen kan arbeidsgiver og arbeidstaker ha en god relasjon, og det er heller ikke sikkert den ansatte vet at arbeidsgiveren er negativ. Mangel på tilretteleggingsmuligheter brukes da som et vikarierende argument heller enn at arbeidsgiver egentlig ikke ønsker den ansatte tilbake. I slike tilfeller kan kontroll og sanksjoner føre til at den ansatte delvis fortsetter i jobben, men løsningen blir sannsynligvis ikke stabil fordi arbeidsgiveren egentlig ikke er fornøyd med den ansatte. Å argumentere med mangel på tilretteleggingsmuligheter blir dermed et maktmiddel for å bidra til at den ansatte ikke kan fortsette i jobben sin.

I situasjon 3 er det den ansatte som ikke har særlig lyst til å komme tilbake til arbeidsplassen, og sykmeldingen vil i slike tilfeller kunne bli langvarig. Som vi skal se i kapittel 5, har legen få muligheter til å unngå at personen blir sykmeldt, dersom den sykmeldte selv har et sterkt ønske om å være borte fra arbeidsplassen. Selv om arbeidsgiver foreslår tilretteleggingsoppgaver, og den ansatte følger forslagene fordi de har plikt til å gjøre det, vil situasjonen være ustabil fordi den ansatte egentlig ikke ønsker å være på arbeid. Dette er vanskelige tilfeller, både for arbeidsgiveren, for legen og selvsagt for den ansatte som ikke trives i jobben sin. Det er da ulike alternativer, men stort sett er dette opp til den ansatte selv: Selv bidra til et godt arbeidsmiljø i virksomheten, forsøke å få arbeidsgiver til å se sin situasjon eller se etter andre jobbmuligheter. Uansett er det en grunnleggende mangel på ønske om å ville være på jobb som gjør at fraværet trekker ut og dette kan både være kjent og ukjent for arbeidsgiver. Dersom lederen har et godt forhold til sine ansatte, vil de sannsynligvis kjenne til hvorfor den ansatte ikke er motivert og ofte kan arbeidsgiveren gjøre noe med dette. For eksempel om det er dårlig arbeidsmiljø og konflikter på avdelingen der den sykmeldte arbeider, bør de sette inn tiltak for å rydde opp slik at folk ønsker å være på jobb. Dersom det er forhold utenfor jobb som gjør at den ansatte ikke ønsker å komme tilbake, kan også arbeidsgiveren bidra med å gjøre jobbsituasjonen

enklere en periode. Da kommer vi inn på muligheter internt, hvor viktig den ansatte er for virksomheten osv. Dersom arbeidsgiver er positiv til å få den ansatte tilbake til jobb, betyr det at den ansatte er viktig for arbeidsplassen og arbeidsgiver kan være villig til å strekke seg langt for å få til en løsning. Dette kan da ende med en friskmelding og en løsning.

Situasjon 4 er den vanskeligste situasjonen for når både arbeidstaker og arbeidsgiver ikke har noe reelt ønske om at den sykmeldte skal komme tilbake, vil sannsynligvis ikke noe kontroll- og sanksjonsregime bidra til at situasjonen løser seg. Her brukes vikarierende argument som manglende tilretteleggingsmuligheter, at personen har større helseproblemer enn de faktisk har osv. Disse argumentene brukes både mot hverandre og ovenfor andre aktører som NAV og legen. Det er lite noen kan få til i en slik situasjon.

### ***Arbeidsplassen er der mulighetene finnes***

Våre funn og observasjoner tyder på at motivasjon hos arbeidsgiver og arbeidstaker er svært viktig. Det er da spørsmål om dagens tiltak vil påvirke motivasjonen til de ansatte og arbeidsgiverne. Det er mulig at motivasjon for å returnere til jobb kan endres og påvirkes. Om en god lege velger å bruke tid på sin pasient for å få de til å bli bedre motivert for å komme tilbake til jobb, kan dette bidra til at motivasjonen bedres. En samtale med NAV kan kanskje også bidra til at vedkommende får en mer positiv innstilling til arbeidsplassen. Bedriftshelsetjenesten vil kunne bidra til at arbeidsgiver endrer syn, men om der er grunnleggende uvilje mot den ansatte, vil dette ikke være en enkel oppgave.

Mangel på grunnleggende god relasjon mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kan dermed være den viktigste faktoren for at ansatte ikke kommer tilbake til jobb selv om helsen tilsier at det er fullt mulig. Dette kan NAV, leger og andre aktører i liten grad påvirke. Kontroller og sanksjoner har i liten grad effekt på sannsynligheten for å komme tilbake til jobb. Om arbeidsgiver og arbeidstaker har en god relasjon og begge ønsker den ansatte tilbake, løser dette seg uten kontroll og sanksjoner. Om arbeidsgiver og arbeidstaker har en dårlig relasjon og en eller begge av de ikke ønsker den ansatte tilbake til jobb, vil kontroller og sanksjoner ikke løse situasjonen.

Vi står dermed igjen med at dette er et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker som må løses lokalt. Dette er dermed en tilnærming som passer mer med den opprinnelige IA-avtalen – det er på arbeidsplassen det må skje om sykefraværet skal gå ned.

### ***Effekt for de utenfor arbeidslivet***

For de som står på utsiden av arbeidslivet eller som står på randen til å falle ut av arbeidslivet, kan regelinstramminger ha stor effekt. Det brer seg en oppfatning om av at det blir mye styr om en har sykefravær nå, både for arbeidsgiver og arbeidstaker. Mye rapportering og byråkrati, opplevelse av mistenkeliggjøring fra NAV og ikke minst sanksjoner som bortfall av sykepenger. Dette gjør at de "marginale arbeidstakerne" kan vegre seg for å satse på et liv i arbeid - det blir tryggere å være utenfor. Arbeidsgiverne vil selvsagt også ha sterkere fokus på å rekruttere de med lav sannsynlighet for sykefravær om det blir for krevende med sykefravær (krav om grenseløs tilrettelegging, sanksjoner mot arbeidsgivere som ikke får til å tilrettelegge, arbeidsmiljø som måles med sykefraværsprosent osv). Dette betyr at intensjonen om inkludering faktisk kan bli ekskludering, og vi er sannsynligvis på feil spor for å få til et inkluderende arbeidsliv og med det svært sterke fokuset på sykefravær er det igjen store målkonflikter med delmålene i IA-avtalen, selv om det nok er virksomheter som får til et så

godt arbeidsmiljø og fleksibilitet at sykefraværet holdes lavt selv om de har ansatte med stort behov for sykefravær i perioder.

### ***Hvem tilrettelegges det for?***

Som vi har vært inne på tidligere i diskusjonen, er det ikke sikkert at det er de som trenger tilrettelegging mest som er de som faktisk får det. Arbeidsgiveren kan i praksis velge å tilrettelegge for hvem de vil, selv om arbeidsmiljøloven gir de plikt til å tilrettelegge for alle som får behov for det. Det finnes både god og dårlig tilrettelegging, der sistnevnte nesten uansett vil ende med en full sykmelding. Det er derfor naturlig at en rasjonell arbeidsgiver tilrettelegger og strekker seg langt for den ansatte som har høyest verdi for arbeidsgiveren. Det kan være mange måter å verdsette arbeidstakere og det trenger ikke bare handle om produktivitet, effektivitet og kompetanse, men kan også være at vedkommende er en viktig miljøbærer på arbeidsplassen. At lederen og den ansatte har et godt og trygt tillitsforhold synes å være en viktig premiss for å få til tilretteleggingen.

Et annet spørsmål er om det er de som trenger det mest er de samme som etterspør tilrettelegging på arbeidsplassen. En som er hardtarbeidende og alltid gjør de oppgavene de blir bedt om på en samvittighetsfull måte, er ikke nødvendigvis er den som først ber om tilrettelegging om det oppstår behov. Årsaken til at de ikke ber om tilrettelegging kan være at de ikke ønsker å belaste de andre ansatte, at de ikke vil være til bry for arbeidsgiveren eller at de ikke lytter godt nok til kroppens signal på overbelastning. Disse kan ende i en lang sykmelding dersom ikke lederen til vedkommende foretar nødvendige justeringer. Når det er mange som trenger tilrettelegging samtidig, er det kanskje vanskelig å oppdage de som ikke ber om det selv.

Statistikken viser at det er de med høy utdanning, de i lederstillinger og/eller som jobber i bransjer med høy grad av egenkontroll i arbeidet oftest har gradert sykmelding. Dette kan da tyde på at det tilrettelegges for de som er mest verdifulle for virksomheten og dette er kanskje ikke de som trenger det mest dersom motivet er å hindre at folk faller ut av arbeidslivet...

### ***Næringsforskjeller i graderingspotensial***

Både i det kvantitative og kvalitative datamaterialet ser vi at det er næringsforskjeller mellom virksomhetene i hvordan de forholder seg til tilrettelegging for gradert sykmeldte ansatte. Det er åpenbart forskjellige utfordringer ved å skulle tilrettelegge for en ansatt med ulike helseproblemer – avhengig av om den ansatte jobber i rengjøringsbransjen eller som IT-konsulent. Som vi så i forrige kapittel, viser registerdata at det er innenfor privat sektor graderingsandelen er lavest, og da særlig innenfor olje og gass, hotell og restaurant, transport og industri og for kvinner også for varehandelen.

Det er særlig høy bruk av gradering i undervisning, offentlig administrasjon og finans- og forsikringstjenester. Samtidig finner vi at selv om det er høy bruk av gradert sykmelding, ser det ikke ut til at sykefraværsprosenten påvirkes i undervisningssektoren. Denne sammenhengen ser ut til å være sterkest i de næringene med lavest graderingsandel men her er det behov for grundige komparative analyser av virksomheter, næringer og sektorer til for å få mer kunnskap.



# 4 Holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger

I forrige kapittel så vi at de ulike aktørene i sykefraværsløpet synes å ha en grunnleggende positiv innstilling til graderte sykmeldinger. Hvilken innstilling man har til det å være sykmeldt/skulle bli frisk, eller det å håndtere sykefraværsoppfølging (fra arbeidsgivers side), kan være avgjørende for hvor vellykket prosessen blir: "Det er ikke hvordan man har det, men hvordan man tar det". Endresen et al. (2009) og Werner og Côté (2008) har undersøkt sykefraværsløpet til pasienter med smerter i nedre del av ryggen, og resultatene viste at pasientens innstilling var blant de viktigste faktorene for en rask og vellykket sykefraværprosess.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på holdninger til sykefravær i arbeidslivet generelt, og holdninger til graderte sykmeldinger (og sykenærvær) spesielt. Vi starter med en litteraturoppsummering der vi presenterer eksisterende forskning på området, deretter presenteres og diskuteres funn fra våre intervju med virksomhetsledere, tillitsvalgte og sykmeldte. Vi har også brukt spørreskjemadata fra ca. 1800 IA-virksomheter, og presenterer resultater på ulike holdningsspørsmål i de ulike hovednæringene.

## 4.1 Innledning

Hva er dine holdninger til det å være borte fra jobb? Hva mener du er aksepterte årsaker til å benytte sykelønnsordningen? Hva er din holdning til at det skal bli mer vanlig at man sykmeldes delvis og ikke 100 %? Tror du dine kollegers sykefraværsholdning påvirker ditt eget sykefravær? Vil holdningene dine til arbeid og sykefravær være de samme uansett hvilken jobb du har?

Holdninger til sykefravær, ofte knyttet opp mot arbeidsmoral, er et tema som engasjerer. Det har også fått en del spalteplass i norske medier de siste årene, der holdningsendringer foreslås som en mulig forklaring på deler av variasjonen i sykefraværet i Norge. I media har dette primært framkommet gjennom enkeltpersoners utsagn om at økt sykefravær henger sammen med at nordmenns arbeidsmoral har blitt dårligere. Respons Analyse utførte i 2010 en meningsmåling for Dagens Næringsliv<sup>11</sup>, der 35 prosent av de spurte svarte ja på at de kjenner noen som utnytter trygde- eller sykelønnsordningen. Et annet oppslag i Dagens Næringsliv 27.08. 2009, der Kristin Clemet peker på at veksten i trygdeutgifter handler om folks endrede verdier og moral, er ett av medieoppslagene som utløste den pågående debatten om arbeidsmoral og sykefravær. I kjølvannet har blant annet professor i helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo (UiO), Ivar Sønbo Kristiansen, argumentert med at det er lite som taler for at fraværet i norsk arbeidsliv skulle øke de siste 50 årene. Når dette likevel

---

<sup>11</sup> Se <http://www.dn.no/forsiden/kommentarer/article1809181.ece>

er tilfelle, mener han at hovedforklaringen ligger i endrede holdninger til det å utføre arbeid for andre mot lønn – altså en endret pliktfølelse<sup>12</sup>. Sønbo Kristiansen ble senere beskyldt for å ”markedsføre sin egen, høyst private grunnholdning bak en falsk maske av faglighet” i LO-aktuell<sup>13</sup> av kollega og professor i sosialmedisin ved UiO, Per Fugelli. Debatten i media er typisk politisk polarisert, og mangler stort sett referanser til forskning<sup>14</sup>.

#### 4.1.1 Hva er en holdning?

I dette kapitlet presenterer vi forskning som er gjort på holdninger til sykefravær i arbeidslivet og hvordan sosiale normer på arbeidsplassen, i familien eller i nabolaget kan være med på å påvirke sykefraværet. Vi vil i mindre grad snakke om arbeidsmoral – fordi arbeidsmoral handler om så mye mer enn holdninger til fravær.

Eagly og Chaiken (1993) har følgende, hyppig siterte, definisjon av holdninger;

*“A psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor”*

Til tross for ulike definisjoner av hva en holdning er, så later de fleste psykologer til å enes om at det karakteristiske ved en holdning er at den inneholder en dimensjon der man evaluerer for og imot noe. I vårt tilfelle snakker vi om hvordan ansatte evaluerer for og i mot å benytte sykelønnsordningen; om innstillingen man som individ eller gruppe har til det å være borte fra arbeidet på grunn av sykdom eller andre årsaker som man selv mener er grunn til å melde seg syk.

Teoretisk sett er det forskjell på normer og holdninger. *Normer* handler om formelle eller uformelle regler for hva som er rett og galt å gjøre innenfor en viss kontekst. *Holdninger* er en mer varig innstilling til en sak, og vil bidra til å påvirke våre tanker, følelser og vår atferd (ibid.). Den ansattes *motivasjon* kan også være av betydning for om man er fraværende eller ikke i jobbsammenheng, og kan være med å påvirke hvilke holdninger man har til sykefravær. Mye av forskningen på holdninger som er gjort på dette temaet, handler om sosiale normer, og hvordan disse påvirker holdningene til folk som befinner seg i de samme sosiale gruppene (arbeidsplass, nabolag, familie osv.). Effekten av normene vil avhenge av i hvilken grad det er sosial interaksjon i den definerte gruppen – dette er også med på gjøre sammenlikning av ulike forskningsresultater vanskelig.

Hansen (2006) argumenterer for at det er en klar motsetning mellom en del personers holdninger til sykefravær og de gjeldende reglene for hva som gir rett til sykepenger. Hvis vi antar at slike holdninger gir seg utslag i tilsvarende atferd (imidertid ikke en uproblematisk antakelse), kan de føre til at det blir sosialt akseptert å sykmelde seg uten gyldig grunn – og de kan dermed føre til en fraværskultur (se Chadwick-Jones et al. (1982) for teori på sykefraværskulturer).

---

<sup>12</sup> Se <http://www.bt.no/nyheter/okonomi/&ndash%3B-Lav-arbeidsmoral-gir-oekt-fravaer-937611.html>

<sup>13</sup> Se <http://www.aftenposten.no/jobb/article3296202.ece>

<sup>14</sup> Et unntak er Mæland (2009) som advarer mot moralsk trygdepanikk:  
<http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article3382176.ece>



## 4.1.2 Retten til sykepenger og de ansattes medvirkningsplikt

Når man diskuterer normer og holdninger i relasjon til sykefravær i arbeidslivet, er det nødvendig å vite hva lovverket sier om hva som faktisk gir rett til sykepenger og hvilke plikter man har som ansatt. Dette er hjemlet i folketrygdlovens kapittel 8 og i arbeidsmiljøloven. Vi skal gjengi fire av paragrafene i folketrygdloven under, som er særlig relevante i denne sammenheng. Først §8-4 som definerer arbeidsuførhet og hva som gir rett til sykepenger, deretter §8-6 om gradert sykmelding, §8-8 om medlemmets medvirkning og §8-13 om graderte sykepenger. Paragrafene ble sist endret 1. juli 2011.

### § 8-4. Arbeidsuførhet

Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger.

For å få rett til sykepenger skal medlemmet så tidlig som mulig og senest innen 8 uker prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet, jf. arbeidsmiljøloven § 4-6 første ledd og folketrygdloven § 8-7 a første ledd, unntatt når medisinske grunner klart er til hinder for slik aktivitet. Det kan unntaksvis likevel ytes sykepenger utover 8 uker dersom arbeidsrelaterte aktiviteter ikke kan gjennomføres på arbeidsplassen.

I de tilfellene der medlemmet må være borte fra arbeidet, ytes sykepenger også

- a) når vedkommende er innlagt i en godkjent helseinstitusjon,
- b) når vedkommende er under behandling og legen erklærer at behandlingen gjør det nødvendig at vedkommende ikke arbeider,
- c) når vedkommende deltar på et arbeidsrettet tiltak,
- d) når vedkommende på grunn av sykdom, skade eller lyte får tilskott til opplæringstiltak etter § 10-7 tredje ledd,
- e) når vedkommende er til nødvendig kontrollundersøkelse som krever minst 24 timers fravær, reisetid medregnet,
- f) når vedkommende myndighet har nedlagt forbud mot at han eller hun arbeider på grunn av smittefare,
- g) når vedkommende er arbeidsufør som følge av svangerskapsavbrudd,
- h) når vedkommende er arbeidsufør som følge av behandling for barnløshet,
- i) når vedkommende er donor eller er under vurdering som donor,
- j) når vedkommende er arbeidsufør som følge av behandling i forbindelse med sterilisering.

Ved arbeidsuførhet i forbindelse med et kosmetisk inngrep ytes det sykepenger bare hvis inngrepet er medisinsk begrunnet.

### § 8-6. Gradert sykmelding

Dersom medlemmet delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak, skal det ytes graderte sykepenger, jf. § 8-13.

**8-8. Medlemmets medvirkning** (arbeidstakers medvirkningsplikt er også nedfelt i arbeidsmiljølovens 2-3 (vår anm.))

Medlemmet har plikt til å gi opplysninger til arbeidsgiveren og Arbeids- og velferdsetaten om egen funksjonsevne og bidra til at hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet og utprøving av funksjonsevnen blir utredet og iverksatt, se også § 21-3. Medlemmet plikter også å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner og delta i dialogmøter som nevnt i arbeidsmiljøloven § 4-6 og folketrygdloven § 8-7 a.

Retten til sykepenger faller bort dersom medlemmet uten rimelig grunn nekter å gi opplysninger eller medvirke til utredning, eller uten rimelig grunn nekter å ta imot tilbud om behandling, rehabilitering, tilrettelegging av arbeid og arbeidsutprøving eller arbeidsrettede tiltak, se også § 21-8. Det samme gjelder dersom medlemmet uten rimelig grunn unnlater å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner eller unnlater å delta i dialogmøter som nevnt i første ledd.

### **§ 8-13. Graderte sykepenger**

Dersom medlemmet er delvis arbeidsufør, kan det ytes graderte sykepenger. Det er et vilkår at evnen til å utføre inntektsgivende arbeid er nedsatt med minst 20 prosent.

Sykepengenes størrelse skal beregnes på grunnlag av reduksjon i arbeidstiden og/eller inntektstap.

Departementet gir forskrifter om sykepenger etter denne paragrafen.

Legg merke til at vi har uthevet deler av lovteksten. I følge et rundskriv fra NAV<sup>15</sup> ble det ved lov av 14. mai 1993 nr. 46, med virkning fra 1. juli 1993, foretatt en innskjerping av det medisinske vilkår for rett til sykepenger. Dette er videreført i § 8 4 første ledd.

Bakgrunnen for endringen fremgår av Ot.prp. nr. 39 (1992-93):

*“I løpet av 1980-tallet var det en betydelig økning i sykefraværet og da spesielt i langtidsfraværet.*

*Økningen i sykefraværet indikerer bl.a. at det har skjedd en gradvis liberalisering av sykdomsbegrepet ved at naturlige problemer, konflikter eller vanskelige livssituasjoner blir sidestilt med sykdom. Dette har sammenheng med at sykdom oppfattes som en av de få mulighetene som foreligger for å være borte fra arbeid ved særlig belastende og plagsomme situasjoner.*

*Utviklingen kan for en del også tilskrives utviklingen på arbeidsmarkedet, bl.a. har det i de senere år foregått en tiltakende utstøting av spesielt eldre eller mindre effektive arbeidstakere.*

*Departementet er inneforstått med at det er uklare grenser mellom sykdommer i medisinsk forstand og tilstander mennesker befinner seg i som følge av ulike sosiale forhold, og at en vanskelig livssituasjon kan utvikle seg til sykdom i medisinsk forstand. Likevel er det visse*

---

<sup>15</sup> <http://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/147679.cms>

*tilstander som klart ligger utenfor et medisinsk sykdomsbegrep. Ved at slike tilstander sykdomsforklares, tilsløres de reelle problemer og måter å løse disse på.*

*Departementet går på denne bakgrunn inn for å stanse den utglidning av praksis man ser tendenser til."*

Arbeidsuførhet som skyldes sosiale og økonomiske problemer o.l., gir altså ikke rett til sykepenger, og retten til sykepenger faller bort hvis den ansatte ikke medvirker til å prøve ut tilrettelagt arbeid, arbeidsutprøving eller arbeidsrettede tiltak. Sistnevnte er også nedfelt i arbeidsmiljøloven. Dette er områder der den ansattes og sykmelders holdninger kan være avgjørende for resultatet, fordi det alltid vil finnes gråsoner i lovene. Når går f.eks. et sosialt problem over til å bli et psykisk problem som legitimerer sykefravær? Synes man det ok å benytte sykkelønsordningen f.eks. under samlivsbrudd eller når du har et barn som blir mobbet på skolen eller sliter med narkotikaproblemer? Og hva er egentlig rimelig grunn til ikke å ville utføre tilrettelagte arbeidsoppgaver eller arbeidsutprøving?

Vi har intervjuet en lege ansatt i NAV som bekrefter at det gis sykmeldinger i situasjoner som må kunne defineres som gråsoner:

*"(...) Og det er jo ofte sånn, 50 år, lærer, møtt veggen, sliten, deppa, eller syk mamma som jeg må pleie eller en unge på stoff og på kjøret. Ute å lete etter om natta. Da får folk litt tid. En god del av de. Vekstdiagnosene våre er jo psykiatri, i hovedsak, det er veldig mye livet... vanskelig midt i livet, summen av livet." (Lege)*

I *Dagens Næringsliv*, 22.10.2010, skriver forskerne Harald Dale-Olsen, Kjersti Misje Nilsen og Pål Schøne fra Institutt for samfunnsforskning, at normer og holdninger forklarer noe av sykefraværet i Norge. I kronikken kommer de inn på kjerneproblemstillinger i mye av den forskningen som er gjort på holdninger og sykefravær i Skandinavia.

*"(...)Det er altså ikke bare sykdom som smitter, også holdningen til sykdom og sykefravær smitter. Holdninger og normer dannes på ulike nivå i samfunnet. På jobben, i nabolaget og i omgangskretsen råder uskrevne regler for hva som er grei oppførsel. Bryter du normen vil det få konsekvenser. Å være sykemeldt når man egentlig kunne utført sine arbeidsoppgaver oppleves oftest som stigmatiserende. De sosiale normene virker i så fall disiplinerende på vår atferd. Men dersom andelen sykemeldte på arbeidsplassen eller i nabolaget stiger, vil den stigmatiserende effekten trolig reduseres. Dermed kan det bli mer sosialt akseptert å være sykemeldt, og økt sykefravær hos noen vil gi økt sykefravær hos andre gjennom en såkalt sosial multiplikatoreffekt."*

Kronikk DN, 22.10.2010

## 4.2 Tidligere forskning

I det følgende presenterer vi et utvalg forskningsresultater på temaet holdninger til sykefravær og gradert sykmelding. Vi har hatt mest fokus på forskning i de skandinaviske landene, der velferdsstaten står relativt sterkt, og der sykkelønsordningene er relativt like.

Litteratursøkene har foregått i kjente litteraturdatabaser som ISI Web of Knowledge, Bibsys, Idunn og Google Scholar. Det er også søkt i interne databaser hos norske forskningsinstitutter og universiteter

som forsker på sykefravær. Da det foregår mye spennende forskning på dette temaet i Sverige, har vi også søkt spesielt i den svenske biblioteksdatabasen Libris.

#### 4.2.1 Holdninger til sykefravær i arbeidslivet

I boka "De norske trygdene" (Bay et al. 2010) er de teoretiske perspektivene på holdninger til velferdsordningene godt beskrevet. Her går det fram at teorier på *samfunnsnivå* bruker kjennetegn ved samfunnet (økonomiske konjunkturer, grad av industrialisering, urbanisering, demografisk utvikling) som forklaringsvariabler når endringer i befolkningens holdninger til velferdsordningene skal forklares. Det vises videre til en sentral tese innenfor velferdsforskningen som handler om at når flere ser at deres interesser ivaretas av velferdsstaten, vil de fortsette å jobbe for at ordningene opprettholdes og videreutvikles. Institusjonelle forhold som hvordan ordningene er utformet, styrt og forvaltet hører også inn under makroperspektivet (ibid.). Andre teorier baserer seg på *individets* respons i møtet med velferdsordningene, der essensen i teorien er at:

*"(...) folk forholder seg til politikk på samme måte som de forholder seg til det private marked: De søker å maksimere sine egne interesser. Dersom nytten av økte utgifter til et offentlig tiltak, for eksempel en trygdeordning, overstiger kostnadene for den enkelte, vil vedkommende gå inn for økt offentlig innsats (Mueller 1989). (...) Et innflytelsesrikt bidrag er Iversen og Soskices (2001) modell for sosialforsikringspreferanser, hvor individets type human kapital spiller en særlig viktig rolle."*

*(Bay et al. 2010, s. 92)*

Psykologi- og samfunnsøkonomifagene fremstår som sterke innenfor den empiriske forskningen på holdninger til sykefravær. Dette gjelder særlig den forskningen som inntar et perspektiv der arbeidstakeren er en rasjonell aktør som arbeider ut fra økonomiske insentiver, der sjenerøse trygdeordninger vil svekke motivasjonen for å arbeide og der samspillet mellom sosiale normer og insentiver vil føre til overforbruk av trygdeordningene (Halvorsen 2011). Denne forskertradisjonen har de senere årene argumentert med at bedre behandlingsmetoder, økt levealder (bedre helse) og et mindre fysisk belastende arbeidsliv bør peke i retning av lavere sykefravær. Når sykefraværet likevel øker, letes det etter andre forklaringer – der holdningsendring er én av faktorene det henvises til (Dale-Olsen og Markussen 2010).

I følge Kostøl (2010), som har gjort en litteraturgjennomgang på temaet, er dette et forskningsfelt som fortsatt er i oppstartsfasen. Han viser til Manski (1993) som peker på at det er vanskelig å identifisere holdningseffekter fordi man som individ gjennom egen atferd kan påvirke fraværet til gruppen, og fordi miljøfaktorer likeledes kan påvirke både gruppen og individet. De senere årene er det imidlertid brukt kreative forskningsdesign for å forsøke å isolere effekten av holdninger på sykefraværet, og disse handler ofte om å identifisere effekt av sosiale normer og sosial interaksjon.

Halvorsen (2011) har brukt data fra de norske modulene av "International Social Survey Program (ISSP) 1989, 1997 og 2005 til å se på *arbeidsinvolvering*<sup>16</sup> i den norske befolkningen. Han anlegger en institusjonell tilnærming til sin hovedproblemstilling, som i speiles i artikkelens tittel "Undermineres

---

<sup>16</sup> Arbeidsinvolvering defineres som å være dedikert til arbeidet – å være engasjert i arbeid *per se*. (Halvorsen 2011:s. 223).

arbeidsviljen av velferdsstaten?". Hypotesen er at arbeidsinvolvingen i befolkningen *ikke* svekkes over tid, og at folks rettferdighetssans vil dominere eventuelle insentiver til å utnytte velferdsordningene. Resultatene (ibid.) viser at arbeidsinvolvingen i den norske befolkningen er høy og stabil over tid – også blant den yngre delen av befolkningen. Esser (2009) og Gallie og Alm (2000) finner tilsvarende resultater i hhv. OECD- og EU-landene.

*"Dataene gir støtte til institusjonell teori: En koordinert markedsøkonomi sammenvevd med en universell velferdsstat tuftet på politikk for full sysselsetting som tildeler sjenerøse trygdeytelser ut fra deltakelse i lønnsarbeidet, gir høy arbeidsinvolving."*

Halvorsen (2011, s. 224)

Halvorsen konkluderer med at det *ikke* er klare holdepunkter for å hevde at svekket arbeidsmoral i visse miljøer som følge av sosial interaksjon (f.eks. innad i nabolag eller på arbeidsplasser) er et fenomen som kan forklare økningen i antall trygdede i Norge. Han peker derimot på at det i land med sjenerøse velferdsordninger betalt av innbyggerne via skatteordninger, synes å være en sterkere vilje til å delta i lønnet arbeid enn i land med mer begrensede ytelser. Resultatene i Halvorsen (2011) er aktuelle i denne rapporten i den grad arbeidsmotivasjon og arbeidsinvolving er et uttrykk for arbeidsmoral, og i den grad holdninger til fravær fra arbeidsplassen er et element i folks arbeidsmoral.

I 2010 ble det utbetalt drøyt 34 milliarder kroner i sykepenger fra folketrygden, med et sykefravær på rundt 7 % i 3. kvartal (NAV). Proba samfunnsanalyse gjennomførte i 2011, på oppdrag fra Arbeidsdepartementet, en undersøkelse om misbruk av sykepenger i folketrygden. På bakgrunn av spørreundersøkelse blant NAV-ansatte, registerdataanalyser og bruk av ekspertpanelmetoden, kom man fram til at det er over 50 % sannsynlig at misbruket av sykepenger i folketrygden ligger på mellom 6-8 % av alle utbetalingene (Proba samfunnsanalyse 2011). Det vil i verste fall si at opp mot 3 milliarder 2010-kroner fra folketrygden ble misbrukt. I rapporten går det fram at den formen for misbruk som flest NAV-ansatte nevner, er at mottaker unnlater å informere om endringer i arbeidsevne. At en sykmeldt jobber *mer* enn oppgitt ved gradert sykmelding, nevnes av flest NAV-ansatte som den *aller* vanligste formen for trygdemisbruk. Andre former for misbruk som nevnes er at sykmeldingen ikke er basert på reell sykdom (men heller konflikter og sosiale problemer), eller at man manipulerer sykepengegrunnlaget ved å oppgi høyere inntekt enn reelt.

Markussen (2010a) har skrevet doktorgrad om sykefravær og økonomiske insentiver. Han påpeker at mens andre land har sykkelønnsordninger som gir mindre penger ved sykdom enn man vanligvis har i lønn, er Norge et unntak; vi har sykkelønnsordninger som for de fleste gir 100 % kompensasjon av lønn, vi har et sterkt stillingsvern og vi har generøse egenmeldingsordninger. At mer enn 7 prosent av norske arbeidstakere er borte fra jobb pga. sykdom *hver dag* – er en høyere andel enn land det er naturlig å sammenlikne oss med. Markussen (ibid.) påstår at det er liten tvil om at det norske sykefraværet vil reduseres hvis man styrker de økonomiske insentivene til å holde seg på jobb (at det koster noe for arbeidstakeren å være borte fra jobb).

Men med tanke på at sykkelønnsordningen stort sett har vært den samme siden 1978, og sykefraværet likevel har økt siden den gang, må man se lenger enn til økonomiske insentiver. Én teori det ofte vises til er endrede normer blant befolkningen i velferdsstater (Lindbeck et al. 2003). Her kommer Markussen inn på hvordan sosialt stigma har betydning for individets sykefraværsbeslutninger. Sosialt

stigma er i denne sammenheng avhengig av hvordan *andre* reagerer på sykefravær, og hvordan dette skaper en såkalt sosial multiplikatoreffekt. At én ansatts sykefraværsatferd påvirker de andre ansattes fraværsbeslutninger er godt dokumentert i Lindbeck et al. (2009) og Hesselius et al. (2009). Markussen konkluderer med at endrede normer i samfunnet relatert til sykefravær kan forklare deler av økningen i sykefraværet i Norge. Men det er, i følge Markussen, foreløpig ikke vitenskapelig bevist hvordan normer overføres i befolkningen over tid.

I Markussen et al. (2011) finner man sterke bevis for at sykkelønsordningen utnyttes i aller høyeste grad når det gjelder ansatte som ikke selv er syke, men som har opplevd noe traumatisk selv eller i nær familie (skilsmisse, alvorlig syke foreldre, tap av nære familiemedlemmer). Dette kan i noen tilfeller speile at slike hendelser fører til reelt sykefravær, men, som forskerne påpeker, skal man også reflektere over at sykmeldinger brukes som en slags sosial forsikring. Forskerne konkluderer med at sykkelønsordningen forsikrer de ansatte mot en rekke forhold som kan gjøre det vanskelig å gå på jobb, til tross for at den i lovverket bare dekker diagnostisert sykdom.

Lindbeck og Nyberg (2006) gjorde et forsøk på å forklare hvordan foreldre overfører sykefraværnormer til sine barn. Empirien viser at effekten på arbeidsmarkedet av generøse velferdsordninger inntreffer med en betydelig tidsforsinkelse. En forklaring på dette kan være at endringen av sosiale normer knyttet til arbeid generelt, og det å motta trygdeytelser/sykepenger spesielt, tar tid. Forskerne finner at generøse velferdsordninger ser ut til å svekke foreldres insentiver til å lære sine barn viktigheten av å ha et arbeid. Foreldres ambisjoner om å overføre slike holdninger til barna, synes å være lavest i de mest avanserte velferdsstatene (herunder Norge). Også Ekbladh (2007) finner at de økonomiske insentivene i en generøs velferdsstat gjør det mindre attraktivt å jobbe.

I Norge er det ikke mange forskningsprosjekter som direkte har tatt for seg norske arbeidstakers holdninger til sykefravær. Nytrø (1997) undersøkte på oppdrag for NHO Arbeidsmiljøfondet, norske (fast) ansattes syn på sykefravær, og slo da fast at det var liten grunn til å tro at misbruk av sykkelønsordningen var et utbredt fenomen. Den totale andel illegitimt fravær ble anslått til mindre enn 3 % i hans utvalg på i underkant av 3 000 ansatte.

Et av de få forskningsprosjektene av nyere dato, som kan sies å være høyst relevant for en slik problemstilling er Dahl et al. (2007). Her har man kartlagt og sammenliknet holdninger til sykefravær blant et tilfeldig utvalg av 1000 mennesker (18-65 år) i hvert av landene i Norden. Utgangspunktet for rapporten er en spørreundersøkelse gjort av Opinion i de nordiske landene. Folk ble spurt om i hvilken grad det er akseptabelt å være borte fra jobben på grunn av forhold som forkjølelse, samlivsbrudd, søvnmangel, mobbing osv. og hvor langvarig sykefravær man kan akseptere av ulike årsaker. Hovedproblemstillingen var om sjenerøse velferdsordninger fører til mindre restriktive holdninger til sykefravær, og hvordan egenskaper ved arbeidstakeren påvirker holdninger til sykefravær. Rapportforfatterne finner at holdninger til sykefravær i de nordiske landene avhenger av:

- Kjønn (kvinner har mer restriktive holdninger enn menn)
- Alder (eldre har mer restriktive holdninger enn yngre)
- Utdanningsnivå (påvirker holdningene, men effektene er ikke entydige)
- Sektor (ansatte i privat sektor har mer restriktive holdninger enn ansatte i offentlig sektor)

- Hvor mange timer en jobbet i gjennomsnitt per uke (de som jobber mye har mer restriktive holdninger enn de som jobber lite)

Om man er ansatt i stor eller liten bedrift og hvilket yrke man har, påvirket i liten eller ingen grad holdningene til sykefravær. Et interessant funn er at forskjellene innenfor landene er større enn mellom land – noe som kan tyde på at velferdsordningene i det enkelte land påvirker holdningene. De finner imidlertid ikke at holdningene varierte entydig i forhold til hvor restriktive velferdsordningene er i de ulike landene, men de finner at de to landene med mest restriktive sykelønnsordninger (Island og Finland) også har de mest restriktive holdningene til sykefravær. I sin rapportoppsummering har de listet de geografiske funnene slik (sitat, *ibid.*):

- Norske arbeidstakere er mest restriktiv når det gjelder fravær begrunnet med at en er forkjølet med litt feber, men samtidig minst restriktiv når det gjelder fravær på grunn av mobbing på arbeidsplassen.
- Svenske arbeidstakere er mest restriktiv når det gjelder holdninger til å ta seg fri når det offentlige dekker utgifter til sykefravær, og minst restriktiv når det gjelder sykefravær grunnet for lite søvn.
- Islandske arbeidstakere er mest restriktiv når det gjelder holdninger til lengden av sykefravær (ulike årsaker), og minst restriktiv når det gjelder å arbeide helt eller delvis om arbeidsgiver legger arbeidsoppgavene til rette for det.
- Danske arbeidstakere er mest restriktiv når det gjelder lengden på sykefravær grunnet for lite søvn, og minst restriktiv når det gjelder vanskeligheter på grunn av samlivsbrudd.
- Finske arbeidstakere er mest restriktive når det gjelder fravær begrunnet med at nære familiemedlemmer trenger støtte/omsorg og minst restriktive i forhold til fravær begrunnet med at man har drukket mye alkohol kvelden før.

Forskerne kommenterer at det ikke nødvendigvis er kausale sammenhenger som vil gi endring i holdningene til folk dersom sykelønnsordningene blir mer restriktive – til det trengs longitudinelle data og andre metodiske tilnærminger.

I NOU 2010:13 "Arbeid for helse" vises det til Linton (2010) som har sett på sykefravær i forbindelse med muskel- og skjelettlidelser, og konkluderer med at psykologiske faktorer, inkludert oppfatninger, holdninger og verdier kan ha stor betydning som risikofaktor for lange sykmeldinger: Sykmelding og uførhet kan være relatert til oppfatninger om årsaker til, og konsekvenser, av sykdom. Forventninger om effekten av problemet kan være sterkt relatert til det faktiske resultatet (lengden på sykmeldingen). Personlige holdninger til nytten av sykmelding kan påvirke bruken, og avvik mellom en persons verdier og organisasjonens verdier er assosiert med utbrenthet og uførhet (*ibid.*).

Lønningdal et al. (2010) har sett på hvilke holdninger og kulturer i virksomheter som kan være med å påvirke nærvær og fravær. De har gjennomført fokusgruppeintervju med rådgivere ved NAV-arbeidslivssenter (n=20), IA-kontakter (n=14) og tillitsvalgte (n=12) i ulike typer virksomheter. Informantene ble spurt om hva en virksomhet må gjøre eller må ha på plass for å oppnå resultater av sykefraværs- og inkluderingsarbeidet. Analyser av intervjumaterialet avdekket mange aspekter ved holdninger og kultur i virksomhetene som påvirket utfallet av å jobbe med sykefravær og inkludering. Holdninger og kultur blant ansatte og ledere ble omtalt som både hemmende og/eller fremmende for valget om å gå på jobb (nærvær) eller å bli hjemme (fravær).

Det ble identifisert fire ulike situasjoner som kunne si noe om holdninger og kultur hos de ansatte i disse virksomhetene (Lønningdal et al. 2010 s. 20):

1. **På jobb uten helseplager** – holdninger og kultur med fokus på helsefremming, forebygging, verdsetting, tillit, likeverd og løsninger. Trivsel, sosial omgang og høyt jobbengasjement.
2. **På jobb på tross av helseplager** – holdninger og kultur som er ivaretagende og støttende og som har takhøyde, åpenhet og tilretteleggingsfokus. Vekt på verdsetting, tillit, likeverd og løsninger.
3. **Hjemme uten helseplager** - holdninger som er preget av lav arbeidsmoral, mistillit, ansvarsfraskrivelse og hvor egenmelding ses på som en rettighet.
4. **Hjemme med helseplager** - holdninger og kultur som er ivaretagende og støttende uten å være preget av nærværspres og mistillit.

Forskere ved Universitetet i Bergen har sett på egenmeldt og legemeldt sykefravær blant lærere i barneskolen (Bratberg et al. 2010). De argumenterer for at egenmeldinger, som ikke koster noe for den ansatte å ta ut, er spesielt utsatt for moral hazard (situasjoner der folk vil opptrådt annerledes hvis det var forbundet en viss risiko med atferden deres). Forskerne finner at det er signifikante karakteristika ved lærerne, skolen og kommunen som er assosiert med både sannsynligheten for sykefravær og lengden på sykefraværet. Mesteparten av variansen ligger på individnivå (lærernivå), og det er høyere uforklart variasjon for egenmeldinger enn for legemeldt fravær. Dette virker naturlig, da uttak av egenmelding baseres på individets egne vurderinger. Forskerne påpeker at man kan ha noe å hente på å forbedre arbeidsmiljø og administrative praksiser, men hovedkonklusjonen er at for å redusere sykefraværet må hovedfokuset være på individuell helse og insentivene til å være på jobb.

Fleten et al. (2009) har analysert data fra Kristiansand kommune, der 5 700 ansatte i 2002 fikk utvidet egenmeldingsperioden til å gjelde 50 dager i året, fordelt på 1-10 perioder. Resultatene tilsa at sykefraværsmønsteret endret seg. Flere ansatte benyttet egenmelding, sykefraværsperioden fulgte naturlig tilfriskning i stedet for de typiske 5, 7 eller 14 dagene legemeldt fravær ofte settes til, og fravær i arbeidsgiverperioden (t.o.m. 16 dager) ble redusert med 0,8 dager. I starten av forsøksperioden tok de yngre ut lengre egenmeldingsperioder enn de eldre arbeidstakerne, men dette utjevnet seg etter et par år, slik at de yngre ikke var lengre borte enn eldre. Dette kan tolkes som at man etterhvert adapterer fraværskulturen på arbeidsplassen. Artikkelforfatterne konkluderer med at dagens ordning for egenmeldt fravær ikke er tilpasset arbeidstakernes behov.

Modig og Boberg (2002) gjorde en undersøkelse om holdninger til sykefravær blant 1 500 ansatte i privat (817 ansatte) og offentlig sektor i Sverige i 2001. De spurte også arbeidsgivere om holdninger til sykefravær. Undersøkelsen viser tydelig at de fleste ansatte synes det finnes situasjoner der det er



riktig å sykmelde seg, selv om man egentlig ikke er så syk at man ikke kan arbeide. Yngre mennesker, de som ikke trives på jobb og de som selv har vært sykmeldt i løpet av året – anser oftere enn andre at det finnes slike situasjoner. Majoriteten av de ansatte i undersøkelsen synes det er rett å sykmelde seg om graviditet gjør at man føler seg dårlig. Halvparten synes det er ok å sykmelde seg hvis man har problemer i familien. De finner at det også er vanlig å anse at man har rett til sykmelding hvis man har et dårlig arbeidsmiljø eller fordi det er stress på jobb. Særlig de som vantrives på jobben synes oftere enn andre at det er ok å sykmelde seg uten å være syk. Nesten 7 av 10 ansatte mener det er riktig å sykmelde seg hvis man behøver å ta seg av familien. 3 av 10 oppgir at de kjenner til kolleger som har vært sykmeldt uten å være syke det siste året, og 5 prosent svarer at de selv, i løpet av det siste året, har skulket arbeidet.

Et interessant aspekt som kom fram i undersøkelsen til Modig og Boberg (2002) er at de som deltok i studien hadde overraskende dårlige kunnskaper om hva som egentlig gir rett til sykepenger i følge loven. *De fleste* av de som anser at det er rett å sykmelde seg selv om man ikke er syk, *tror* faktisk at man egentlig har rett til å sykmelde seg i disse situasjonene. Man vet altså ikke at man i følge loven har en "dårlig holdning" til sykefravær.

Når det gjelder arbeidsgivernes holdninger til sykmeldinger, så har disse for det første bedre kjennskap til sykepengeordningen enn de ansatte (ibid.). Kjennskapen er best i det offentlige og i store selskaper. Arbeidsgiverne og de ansatte er enige i at jo lengre tid man er borte fra jobb, jo vanskeligere er det å komme tilbake til arbeidslivet. Arbeidsgivere anser betydelig oftere enn ansatte at det er viktig med kontroll og karensdager i sykeforsikringsordningen. Dette gjelder særlig de private virksomhetene. Nesten 6 av 10 arbeidsgivere sier at det finnes situasjoner der det er rett at man som ansatt sykmelder seg, selv om man ikke er så syk at man ikke kan arbeide. Dette er omtrent på nivå med arbeidstakerne selv. Men arbeidsgiverne er f.eks. ikke like enige med de ansatte når det gjelder å sykmelde seg fordi man må ta hånd om noen i familien. Arbeidsgiverne mener heller ikke at det er greit å sykmelde seg når man har foreldrepermisjon, når man er arbeidsledig eller mottar trygdeytelser. I disse spørsmålene er arbeidsgivere i det offentlige betydelig mer positive enn i privat sektor. Videre viste undersøkelsen at man i privat sektor, oftere enn i offentlig, tror at man i følge loven har rett til å sykmelde seg pga. dårlig arbeidsmiljø.

Mange arbeidsgivere mente at tilrettelagt arbeid ved midlertidig nedsatt arbeidsevne kunne ha stor betydning for å redusere sykefraværet. 4 av 10 arbeidsgivere mente at stress har fått en økende betydning for sykefraværet – dette gjelder særlig de offentlige arbeidsgiverne. Offentlige arbeidsgivere er også mer positive enn private til at sykefraværet kan reduseres ved hjelp av tiltak på arbeidsplassen, men det er stor usikkerhet i begge sektorer til hvilke tiltak man tror virker. 7 av 10 private arbeidsgivere mener at en forlenget arbeidsgiverperiode i sykepengeordningen (mer betaling fra arbeidsgiver) vil føre til at man i større grad forsøker å sortere bort personer med høyt sykefravær blant de arbeidssøkende. Selv om andelen som mener dette i offentlig sektor er litt lavere, er det mange som mener det samme her.

Arrelöv (2007) har spørreskjemadata fra nær 2 500 leger, og har undersøkt legenes syn på det å sykmelde. Kort oppsummert finner studien at mange leger (43 %) møter pasienter som de mener er ubegrunnet sykmeldt, legene skriver ut sykmeldinger som de ikke synes er motivert ut i fra et medisinsk behov, legene møter imidlertid også pasienter som ikke vil ha sykmelding, selv om legen

anbefaler det. Legene selv mener dessuten at leger generelt bør bli mer restriktive med å sykmelde pasienter.

Skogman Thoursie (2004) har en kreativ innfallsvinkel til å forsøke å måle (dårlige) holdninger til sykefravær i Sverige. Han har sett på hvordan egenmeldingsatferd ble påvirket av store sportsbegivenheter på TV. Hypotesen var at menn rapporterer mer sykdom enn kvinner under store sportsbegivenheter, da det er dokumentert at menn ser mer sport på TV enn kvinner. Resultatene viste en økning i antall sykedager for menn i aldersgruppen 20-44 år under store sportsarrangement. Sannsynligheten for å sykmelde seg avtok signifikant med alder, og i følge forfatteren er dette et vanlig funn ved analyser av korttidsfravær. Dette kan tolkes som at misbruk av sykepengeordningene kan være knyttet til forskjeller i arbeidsmoral på tvers av aldersgrupper. Forfatteren kommenterer at med tanke på de sportsarrangement som sendes på arbeidsdager i løpet av et år, kan kostnadene forbundet med tapt produktivitet være betydelige.

Skogman Thoursie (2006) følger opp med nok en kreativ tilnærming under tittelen "*Happy birthday! You're insured! Gender differences in work ethics*". Også her har han hatt fokus på moral hazard og potensialet for å jukse med sykepengeordningen i Sverige. Data er hentet fra det svenske sykefraværregisteret, og utvalget er begrenset til året 1987, aldersgruppen 16-64 år, og til sykefraværstilfeller i vanlige "fulle" arbeidsuker (uten nasjonale fridager). Det lages to tidsserier med andelen arbeidstakere som tok ut sykedager rundt bursdagen sin – én for de som hadde sykefravær i samme uke som de hadde bursdag, og én for dem hvis bursdag var 1 uke før eller 1 uke etter sykefraværet. Regresjonsanalysene utføres separat for menn/kvinner og unge/gamle arbeidstakere (16-35 år og 36-64 år). Resultatene tilsier at unge mannlige arbeidstakere i signifikant grad tar ut egenmeldingsdager rundt sin egen bursdag (med tilhørende bursdagsfeiringer?). Andre arbeidere enn denne gruppen (altså kvinner i alle aldre og eldre menn), viser ikke tegn til å sykmelde seg rundt sin egen bursdag.

Ljunge (2011) har benyttet registerdata fra Sverige i perioden 1974-1990, og sett på etterspørselen etter sykkelønn mellom generasjoner. I likhet med Skogman Thoursie finner Ljunge at yngre generasjoner i Sverige relativt sett har en høyere etterspørsel etter sykkelønn enn de eldre – til tross for at velferdsordningene har vært uendret i hele denne perioden, og helsetilstanden og behandlingsmetodene ikke har blitt dårligere. Trenden de finner er sterk – den øker med nesten ett prosentpoeng per fødselskohort, og effekten er robust på tvers av demografiske grupper:

*"These trends in behavior are mirrored in attitudes toward benefit uptake in a broad set of countries, including Sweden. Younger generations have a more relaxed attitude toward claiming public benefits. Our findings indicate that younger generations demand more from the welfare state, and our behavioral data from Sweden quantify the speed at which demand is increasing."*

Ljunge, M. (2011)

#### **4.2.1 Sosial multiplikatoreffekt og sosiale normer**

I Sverige økte sykefraværet med 82 prosent i perioden 1998-2003, noe som førte til en omfattende debatt om bakenforliggende årsaker. En kunne ikke finne at marginale endringer i sykepengeordningen eller endret helsetilstand i befolkningen kunne forklare økningen (Henrekson og

Persson (2004), Johansson og Palme (2002)). Dermed valgte forskere å se på om holdnings- og normendringer førte til at det oppsto sykefraværskulturer innenfor geografiske områder, enkeltyrker eller ved den enkelte arbeidsplass. Lindbeck et al. (2004) har brukt data på langtidsfravær for en gruppe innbyggere i Västra Götaland (1,5 millioner innbyggere) mellom 25 og 64 år i perioden 1995-2001. De finner signifikante forskjeller i sykefravær mellom ulike geografiske områder og arbeidsplasser, og variasjonen mellom arbeidsplasser er mye større enn variasjonen mellom geografiske områder. Lindbeck et al. (2004) konkluderer med at ulikhetene i sykefravær mellom arbeidsplasser og regioner, i hovedsak skyldes sosiale normer og sosial interaksjon, men at dette på langt nær forklarer hele økningen i sykefraværet.

I Lindbeck et al. (2009) fortsetter de på samme tematikken, og ser på langtidsfravær (over 14 dager) blant svenske ansatte i offentlig sektor i aldersgruppen 18-64 år, i perioden 1997-2002. Studien omfatter ca. 5 millioner individ. De identifiserer mindre geografiske områder på gjennomsnittlig 404 individ, og ser på sykefraværet innenfor disse områdene. Med ulike tilnæringsmetoder ser de på om individuell sykefravær påvirkes av interaksjonen mellom nettverket i nabolaget. De finner en signifikant sosial interaksjonseffekt ved å sammenlikne blant annet fraværet til innvandrere som flytter til et nabolag med sykefraværet til de etniske svenskene i samme nabolag. En annen tilnærming de bruker er å instrumentere det gjennomsnittlige fraværet i et nabolag ved å utnytte at det observerte sykefraværet til privat ansatte er lavere enn for offentlige ansatte. De finner at andelen offentlige ansatte i stor grad forklarer det gjennomsnittlige sykefraværet i et område.

Hesselius et al. (2008) ser på hvordan sosiale normer påvirker egenmeldt sykefravær hos innvandrere i Sverige. Målet med studien, som er designet som et eksperiment gjort med registerdata, er å finne ut hvordan nivået på sykefraværet i et nettverk av individer (nettverk = innvandrere fra samme land) påvirker sannsynligheten for at man avslutter fraværet før hele egenmeldingsperioden er over, og sannsynligheten for et nytt fraværstilfelle. Forskningsdesignet er avansert, og framstilles ikke her, men resultatene deres tilsier at 1 % økning i fraværet i nettverket, reduserer sannsynligheten for å avbryte fraværet før egenmeldingsperioden er over med 0,57 prosent (signifikant effekt). De finner ingen statistisk signifikante effekter som tilsier at sannsynligheten for et nytt sykefraværstilfelle øker, som følge av sosial interaksjon i nettverket.

Hesselius et al. (2009) følger opp med å bruke et storskala randomisert sosialt eksperiment til å identifisere hvordan medarbeidere påvirker hverandres sykefravær. Artikkelforfatterne har sett på jobbfraværssensitiver for alle ansatte i Gøteborg. Eksperimentet gikk ut på at halvparten av de ansatte i Gøteborg for en periode fikk utvidet antall egenmeldingsdager de kunne ta ut i ett strekk fra 8 til 15 dager. De ble randomisert i eksperiment- og kontrollgruppe ut i fra fødselsdag (partallsdato, oddetallsdato). Eksperimentet gav data på alle arbeidstakere i mer enn 3 000 virksomheter. Studien dokumenterte at det å være arbeidstaker i virksomheter der mange av de ansatte fikk utvidet antallet egenmeldingsdager, hadde en drivende effekt på sykefraværet til de som *ikke* fikk økt antall egenmeldingsdager. Forskerne fant imidlertid ikke slike effekter på *de andre* medarbeiderne som inngikk i eksperimentgruppen. Med data fra Italia har Ichino og Maggi (2000) også funnet tilsvarende sosiale interaksjonseffekter mellom ansatte i samme bedrift, i sin studie av personer som byttet avdeling innad i en italiensk bank.

I Norge har Rege et al. (2009) brukt data på uføretrygd blant eldre arbeidstakere (45-63 år). Her har forskerne sett på hvordan nedbemanning i bedrifter påvirker uføretilgang i utvalgte nabolag. Hypotesen er at hvis sosial interaksjon forekommer, vil man kunne se en økt andel uføretrygdde blant arbeidstakere som ikke ble rammet av nedbemanning, men som bor i samme nabolag som de som ble rammet. Man undersøker altså tilgang til uføretrygd som ikke har direkte sammenheng med helse, og om folks sannsynlighet for å bli uføretrygdet påvirkes av om naboen blir uføretrygdet eller ei. Her kan det være snakk om et holdningsspørsmål til det å stå i jobb. Resultatene av studien viser at hvis et individs sannsynlighet for å bli uføretrygdet når vedkommende rammes av nedbemanning øker med én prosent, øker sannsynligheten for at individets nabo, som ikke er rammet av nedbemanning, øker med 0,5 prosent. Rege et al. (2009) konkluderer med at sosial interaksjon øker uføretilgangen i nabolag blant individer som ikke selv berøres av nedbemanning.

Andersson et al. (2011) har undersøkt om det å bli sykmeldt delvis er et familiefenomen. De ser på om risikoen for å bli sykmeldt for en person er høyere på tidspunkt  $t$  hvis noen av deres familiemedlemmer var sykmeldt på tidspunkt  $t-1$ . Familie er definert som individets foreldre, partner, søsken, svigersøsken og svigerforeldre. De separerer effekten av sosiale normer som "skyldes" 1) individets partner, 2) individets egne slektninger, 3) partnerens slektninger. Studien inkluderer litt under 1 million ansatte i Sverige i 2007. Studien konkluderer med at det kan finnes en sykmeldingskultur innen familien. Resultatene viste at familiemedlemmers tidligere fravær kan være med å predikere folks sannsynlighet for å bli sykmeldt. Effekten var sterkere fra egen familie, sammenliknet med svigerfamilie. Dette kan selvfølgelig forklares med arvelige egenskaper (f.eks. sykdom), og det at holdninger dannes tidlig i ungdomsårene når egen familie fortsatt er en viktig instans. Men siden forskerne også fant signifikant sammenheng mellom en persons sykefravær og sykefraværsatferden til partnerens familie, mener man det er grunn til å tro at sosial interaksjon i familien påvirker sannsynligheten for å bli sykmeldt. En annen tolkning av denne effekten kan være at folk tenderer til å velge partnere med samme atferd som dem selv (f.eks. usunn livsstil som fører med seg sykdom).

Tilsvarende finner Bamberger og Biron (2007) at kollegaer som står hverandre nær ("peer referent others"), i stor grad påvirker hverandres sykefravær. Også Bradley et al. (2007), som har sett på fravær blant barneskolelærere i Australia, finner bevis for at skulking blant lærerne ble påvirket av sosiale fraværnormer på arbeidsplassen deres.

Hansen og Ingebrigtsen (2008) har sett på sammenhengen mellom sosial klasse og sykefravær i Norge, og finner at det er klasseforskjeller – særlig blant menn. De to viktigste forklaringsfaktorene var utdanning og fysisk arbeidsmiljø. Virtanen et al. (2000) viste tilsvarende hvordan sosial klasse i nabolaget påvirker sykefraværet. Mastekaasa (2005) har også brukt data på norske arbeidstakere, og fant at menns sykefravær ikke blir påvirket av kjønns sammensetningen på arbeidsplassen, mens hos kvinner er det en tendens til at sykefraværet er høyere på kvinnedominerte arbeidsplasser (effekten er dog svak). Denne studien er et bevis mot teorier som hevder at kjønnsminoriteten på en arbeidsplass møter spesielle problem, og dermed har høyere sykefravær. Studien støtter forskning som viser at det på kvinnedominerte arbeidsplasser utvikler seg normer for at det er sosialt akseptert å ha sykefravær.

Väänänen et al. (2008) har sett på hvordan det å arbeide i grupper påvirker den enkelte gruppe-medlems sykefravær. De har data fra over 19 000 finske kommunale ansatte som arbeidet i 1

847 ulike grupper (78 % kvinner). Resultatene viste at det å jobbe i grupper med sterkt samhold modererer i hvilken grad et individ med liberale holdninger til sykefravær, faktisk er fraværende. Hvordan en virksomhet organiserer arbeidet, kan altså ha betydning for om individer som er tilbøyelig til å ha høyt sykefravær, faktisk blir sykmeldt. Det er tenkelig at dette også gjelder for de ansattes innstilling til det å være gradert sykmeldt. Hvordan jobben tilrettelegges når man skal være på jobb selv om man er litt syk, vil være av stor betydning for hvilke holdninger man får til graderte sykmeldinger. I neste kapittel ser vi mer på holdninger til graderte sykmeldinger.

#### 4.2.2 Holdninger til graderte sykmeldinger

Regjeringen Stoltenberg II har hatt et økende fokus på arbeidstakeres medvirkningsplikt, og at de som kan yte *noe* når de er syke, skal få mulighet til dette. I Mykletun et al. (2010) gir et "ekspertutvalg" på oppdrag fra Arbeidsdepartementet en klar anbefaling om at sykmeldinger *som hovedregel* bør være gradert; at de som er syke bør jobbe så mye de klarer. Å være delvis på jobb når man er syk, antas å ha positive effekter både på helse og tilfredshet, samtidig som man antar at veien tilbake til 100 % jobb blir kortere. Mykletun et al. (ibid.) påpekte at økt bruk av graderte sykmeldinger krever holdningsendringer både hos arbeidsgivere, arbeidstakere og hos fastlegene. Utvalget foreslo holdningskampanjer for å påvirke arbeidstakeres holdninger til aktivitet og gradert sykmelding, samt kompetanseheving, kurs og oppfølging av fastlegene fra NAVs rådgivende leger. Det er relativt skrant med forskningsresultater når det gjelder *holdninger* til graderte sykmeldinger spesielt.

"Ja til sykenærvær!" roper Knut Røed, medlem av ekspertutvalget, i tredje utgave av *Samfunnsøkonomen* 2010. Her peker han på at den største andelen av sykefraværet i Norge skyldes muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser – sykdommer der aktivitet er bedre enn passivitet. Han mener videre at økt krav til å benytte restarbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger. Røed hevder at aktivitetskrav vil være like effektivt for å dempe atferdsrisiko, som å redusere selve sykelønnen. Han argumenterer for at kutt i sykelønnen (f.eks. ved å innføre karensdag) vil kunne bidra til at folk i alle fall ikke bruker sin restarbeidsevne – når de selv betaler *litt* av sykefraværet, skal det (enda) mer til å gå på jobb. I Markussen et al. (2010c) viser man med empiriske analyser på data fra Norge at de som får utskrevet gradert sykmelding har kortere fraværperioder og høyere sysselsettingsrater enn de ville hatt med vanlig sykefravær.

I folketrygdloven heter det at "Dersom medlemmet delvis kan utføre sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye arbeidsoppgaver etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak, skal det ytes graderte sykepenger, jf. § 8-13.". Hva er så holdningene til graderte sykmeldinger?

Allerede i St.prp.nr. 1 (1991-92) ble det foreslått å utvide bruken av graderte sykmeldinger i Norge. I følge Brage et al. (2002) hadde alle de nordiske landene, med unntak av Finland, en sykelønnsordning med mulighet for graderte sykepenger i 2002. Men graderte sykmeldinger "tok ikke av" her til lands før det kom en regelendring 1. juli 2004 som sa at legene skulle gradere mer. Færre sykmeldte skulle få utskrevet 100 % sykmelding eller aktiv sykmelding, flere skulle over på gradert. Og sykefraværet falt dramatisk, med hele 23 prosent, fra 2004 til 2005. Med regelendringene i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven 1. juli 2011, med ytterligere fokus på gradert sykmelding og tidligere oppfølging av sykmeldte, forventer man å se en likende effekt som i 2004.

En kan trygt slå fast at mange leger gjorde som lovendringen sa i 2004, noe som vi igjen kan tolke som at mange leger hadde en positiv holdning til gradert sykmelding. Markussen (2009; 2010b) har sett på

legenes praksis i forhold til gradert sykmelding, og finner at legens alder, kjønn, spesialisering og lokalisering (fellesskap/alene) hadde mindre betydning for hvordan legene reagerte på reformen. Men leger som før reformen (før 1. juli 2004) hadde færre pasienter enn det de skulle ønske, og leger med svært mange pasienter på listen, responderte betydelig mindre på reformen enn andre. Det første tolker Markussen som at det å gi full sykmelding smører lege-pasient-forholdet bedre enn å tilby pasienten gradert sykmelding. Markussen et al., (2011) finner at leger med få pasienter generelt er strengere med å skrive ut sykmelding, og at kvinnelige leger er strengere enn mannlige. Aakvik et al. (2010) har sett på hvor mye karakteristika ved fastlegene betyr for lengden på sykmeldinger. De finner at hvilken fastlege du har *ikke* har stor betydning for hvor lenge du blir sykmeldt, men at karakteristika ved pasienten har det. Dette tolker de som at pasientmedvirkning spiller en viktig rolle når beslutninger om sykmeldinger tas hos fastlegen.

Riksforsäkringsvärdet i Sverige undersøkte i 2004 om deltidssykmelding fører til raskere tilbakeføring til arbeid, hvilke barrierer som finnes for å skrive ut graderte sykmeldinger, og om det finnes forskjeller i hvordan ulike aktører forholder seg til graderte sykmeldinger. Det ble gjennomført intervju med arbeidsgivere, tillitsvalgte, ansatte på Forsäkringskassan (NAV i Norge), allmennleger, ortopeder, psykiatere og en rekke sykmeldte. Undersøkelsen viste at 85-90 % av personalsjefer, linjeledere og faglige representanter mente at gradert sykmelding ville føre til raskere tilbakegang til arbeid, og også 75 % av de sykmeldte mente det samme. Blant legene mente 53 % av psykiaterne og 75 % av ortopedene at gradert sykmelding gjorde at folk kom raskere tilbake i jobb. Dette ble også gjenspeilet blant de sykmeldte: de som var sykmeldt på grunn av psykiske problemer, var mindre positive til gradert sykmelding.

Kausto et al. (2008) har gjort en grundig litteraturgjennomgang på bruk og effekt av graderte sykmeldinger i de nordiske landene (unntatt Island). Forskerne har også sett på vitenskapelige artikler om holdninger til og erfaringer med gradert sykmelding – her fant de 12 relevante artikler fra perioden 2001-2007. Resultatene tilsa at et klart flertall av både ansatte, arbeidsgivere og leger har et positivt syn på gradert sykmelding. Det er stor tro på at gradert sykmelding gjør at folk kommer fortere tilbake til full jobb, enn de ville gjort i 100 % sykmelding. To svenske studier viste at dette særlig gjaldt for kvinner med høyere utdanning. I motsetning til hva man skulle tro, finner Kausto et al. (ibid.) at gradert sykmelding ikke nødvendigvis fører til at folk kommer fortere tilbake i full jobb. Resultatene er imidlertid sprikende på dette punktet. Det er blant annet påpekt at det sannsynligvis er en seleksjonseffekt – de som blir gradert sykmeldt skiller seg i utgangspunktet fra de som blir 100 % sykmeldt. En norsk undersøkelse (Scheel et al. 2002), viste at mange sykmeldte som var 100 % sykmeldt, kunne tenke seg å jobbe gradert (se også Sieurin et al. 2009). Den samme studien viste imidlertid også at barrierer mot å ønske gradert sykmelding er informasjonsmangel og tidspress (hos leger) og dårlig kommunikasjon mellom arbeidsgiver, leger og NAV. En studie fra Danmark viste at legene håpet på bedre samarbeid med myndighetene, og at de ofte opplevde at arbeidsgivere ikke ville ha ansatte i graderte sykmeldinger, fordi det var vanskelig å tilrettelegge for det i bedriften.

Sieurin et al. (2009) undersøkte forskjeller i konsekvenser for individer på fulltidssykmelding, sammenliknet med gradert sykmelding hos et utvalg på 1 128 langtidssykmeldte i fire fylkeskommuner i Sverige (Landsting). De fant at *lengden* på sykefraværet var mer kritisk for hvilke konsekvenser sykefraværet ble opplevd å ha, enn i hvilken *grad* du ble sykmeldt. Holdningen til graderte sykmeldinger var generelt svært positiv – både blant de som var fulltidssykmeldt, og de som var delvis

sykmeldt. Blant de som var fullt sykmeldt, mente 2/3 at gradert sykmelding hadde vært positivt for dem. Gradert sykmelding ble imidlertid ikke oppgitt som en "mirakelkur" i seg selv – resultatet for den sykmeldte avhang av at den ansattes arbeidsplass har en gjennomtenkt strategi for delvis sykmeldte, slik at de hadde en reell mulighet til å delta og fikk interessante arbeidsoppgaver.

Å være gradert sykmeldt handler om å være *sykenærværende*. Man går til en viss grad på jobb, selv om man er syk. Nytrø (1995) fant at ca. 92 % av norske arbeidstakere går på jobb stort sett hver dag, mens det er ca. 8 % som ofte er fraværende. Disse 8 prosentene sto for ca. 80 % av alt sykefraværet. Dette bildet har holdt seg ganske stabilt fram til i dag (Bye et al. 2010). I Ose et al. (2009) defineres sykenærvær som:

*"(...)at det tas hensyn til at du er syk og jobben tilrettelegges slik at du kan utføre den (eller en annen jobb det er mulig å klare med sykdommen) uten å bli verre, eller aller helst at det oppnås en forbedring i helsetilstanden."*

Saksvik. P.Ø. i Ose et al. (2009, s. 167)

Det skilles mellom negativt nærværspres, mestringsfravær og positivt sykenærvær. Nærværspres er faktorer som gjør at du føler at du *må* komme på jobb selv om du er syk (uunnværlighetspres, sanksjonspres, moralpres og trygghetspres). Mestringsfravær defineres som nødvendig frivillig fravær som oftest tas ut i form av egenmeldinger. Dette er fravær som i følge Saksvik skjer for å forebygge at en lidelse blir verre. Hvilken type jobb du har blir ofte avgjørende for om en arbeidstaker blir sykenærværende eller benytter seg av mestringsfravær (en sykepleier på nyfødtintensiven kan ikke gå på jobb med influensa, en forsker i SINTEF kan det). Sykenærvær er mer en miljøfaktor som handler om tilrettelegging av arbeidet på en best mulig måte, slik at man kan jobbe selv om man er syk.

Datamaterialet (ibid.) besto av svar fra 1 811 hovedtillitsvalgte/tillitsvalgte på en spørreundersøkelse i forbindelse med evaluering av IA-avtalen 2001-2009. Her kom det fram at muligheten for sykenærvær på arbeidsplassen begrenset seg til omlag halvparten av respondentene. Den andre halvparten kunne ikke uten videre finne passende arbeid i sin bedrift når de ble syke. Dette utgjør kanskje den største utfordringen ved gradert sykmeldinger – mulighetene for tilstrekkelig tilrettelegging på arbeidsplassen. Holdningene til sykmeldende lege og den sykmeldte selv kan være aldri så positive - hvis ikke forutsetningene for sykenærvær ligger til rette på arbeidsplassen, vil ikke en gradert sykmelding virke etter hensikten. I bortimot halvparten av virksomhetene som ble spurt, rapporterte de ansatte at arbeidsmoralen var så høy at det kunne gå på helsa løs.

Aronsson et al. (2009) ser på sammenhengen mellom sykenærvær, sykefravær og selvopplevd helse i den yrkesaktive befolkningen i Sverige i perioden 1992-2005 (fem ulike datakilder med n=425-3622). Resultatene tilsier at jo høyere nærværskrav et individ stiller til seg selv, jo sterkere er sammenhengen mellom sykenærvær og selvopplevd helse. Når det gjaldt sykefravær og helse, var det derimot slik at sammenhengen var sterkest for de som hadde arbeidsoppgaver som andre lett kunne steppe inn og gjøre. *Sykenærvær* viste enda større sammenheng med uhelse enn *sykefravær* blant individer med dårlig privatøkonomisk situasjon.

Aronsson et al. (ibid.) gjør en interessant refleksjon avslutningsvis i artikkelen; både i Sverige og globalt later det til å utvikle seg en økt polarisering mellom en gruppe "fattige", økonomisk marginaliserte,

arbeidstakere, og en (økende) gruppe velstående, velutdannede kunnskapsarbeidere med stor fleksibilitet i jobben. Det er i disse to gruppene forskerne finner at sykenærvær som strategi for å håndtere sine respektive problem, er mest utbredt. Dette reiser et spørsmål om vi i det moderne arbeidslivet er på vei mot å få en stor gruppe, der sykefraværsmålet alene blir inadekvat, eller direkte misvisende, som indikator for helse/uhelse.

## 4.3 Våre informanters holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger

Vi har intervjuet mange ledere, tillitsvalgte, ansatte og sykmeldte om sykefravær<sup>17</sup>. I dette delkapitlet har vi analysert intervjumaterialet med tanke på å identifisere holdninger til sykefravær generelt og holdninger til graderte sykmeldinger spesielt – og sett resultatene opp mot litteraturen referert i det foregående. Holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger kommer fram enten indirekte når vi snakker med intervjuobjektene om sykefravær, eller når vi spør dem direkte om både egne og sine kollegers holdninger.

### 4.3.1 Syk nok til å være hjemme eller frisk nok til å gå på jobb?

I Ose et al. (2011) fant man at det var variasjon i holdninger til sykefravær avhengig om man snakker med en leder, en ansatt, verneombud eller tillitsvalgte. Felles for alle informantgruppene var imidlertid at terskelen for å sykmelde seg varierte med fraværskulturen i virksomhetene. Det er en tendens til at det i virksomheter eller avdelinger som har relativt lavt sykefravær ikke er mistanke om at de ansatte har dårlige holdninger til sykefravær (misbruk av sykkelønnsordningen, skulk osv.), mens i virksomheter med høyt sykefravær er dette et tema. Særlig i intervju med ledere i seks kommuner (ibid.), kom det fram at når de sammenlikner sykefraværet i de kommunale enhetene, og skal forklare hvorfor det er så forskjellig, så henvises det ofte til ukultur og dårlige holdninger:

*"Personlig synes jeg det er feil at de bare skal ligge på sofaen. Trenger ikke feile dem noe fysisk. Det er noen ganger det er psykiske plager også. Tjener jo bedre når du er hjemme og får full lønn, og slipper å kjøre på arbeid. Mye å gjøre på dette området. Tror at regelverket gir oss mulighet til å være mer konstruktiv enn hva vi er i dag" (Ordfører).*

I et gruppeintervju med ordfører, rådmann og kommunalsjef, kom det fram at de tenker i samme baner som Dale-Olsen og Markussen (2010), Henrekson og Person (2004) og Johansson og Palme ((2005); hvis vi ikke kan peke på en logisk forklaring på hvorfor folk er mer borte nå enn tidligere, så kan det ha med arbeidsmoral og holdninger å gjøre:

*"Når du leser i aviser og følger diskusjoner er det inntrykket du får at Norge har høyt sykefravær. Det er ikke noe logikk i det. Vi har hatt veldig fokus på tilrettelegging for jobbing, fokus på god arbeidsstilling, alt mulig av motoriserte hjelpemidler. Ikke store fysiske belastninger for kroppen din. Jeg undres. Det må være noe med holdningene våre etterhvert – blir litt for slappe...". (Ordfører, rådmann, kommunalsjef).*

Ledernes holdninger til de ansattes sykefravær varierte fra de som mente å se at de ansatte hadde et ønske om å komme på jobb når de kunne, eller kom på jobb med store smerter til de som mente at

---

<sup>17</sup> Datagrunnlaget er beskrevet i vedlegg I.



mange ansatte misbruker sykelønnsordningen og at det er vanskelig å snakke om sykefravær. En avdelingsleder og en enhetsleder på et sykehjem opplever det slik:

*"Føler at det er mange ansatte som bestiller sykmeldingene sine og forklarer hvordan de vil ha det." (Avdelingsleder, sykehjem).*

*"Med en gang jeg har gått inn på dette med fravær, begynner å røre på dette med å være syk, så er det slik at man har ikke noe med det" (Enhetsleder, sykehjem).*

Også tillitsvalgte mener man kan spore en ukultur i forhold til at folk som egentlig ikke er syke, er fraværende fra jobb:

*"Det er bestandig det. Spesielt i en organisasjon som er så stor som dette er det dem som skulker. Det er vi ikke i tvil om. Det kan jeg ikke dokumentere, men..." (Tillitsvalgt/verneombud, sykehjem).*

*"Ja, vi vet jo det. Spesielt enkelte som er borte hver påske. De er på fjellet, går på ski. Kan ikke være på avdelingen her. Bare fjas. Kunne vært her og gått med medisin i hvert fall, hvis de har vondt i ryggen. Kunne vært her. Det er veldig... ja, veldig synlig. Det er demotiverende for dem som er igjen." (Tillitsvalgt/verneombud, sykehjem, K4)*

I Ose et al. (2009) så vi hvordan nærværspress var med på å påvirke holdninger til sykefravær. Har man en jobb med mye ansvar, der det ikke leies inn vikar, og der det dermed bare går ut over deg selv hvis du er borte, skal det mer til før man "tillater seg" sykefravær. Har man derimot en jobb andre lett kan ta over, gir dette færre insentiver til å dra på jobb selv om man føler seg dårlig. En tillitsvalgt ved det ene sykehjemmet vi har intervjuet, bekrefter denne teorien ved å svare følgende på spørsmål om ukultur i forhold til sykefravær:

*"(...) her får det ikke så store konsekvenser hvis du er borte. Hvis du ringer og sier at du er borte eller sykmeldt blir det leid inn folk for deg. Jobben blir utført likevel, og når du kommer tilbake har ikke papirmengden på pulten din økt noe. Det er akkurat det samme. Får ikke så store konsekvenser at du er borte. Du får lønna di, og jobben din blir utført." (Tillitsvalgt/verneombud, sykehjem).*

En kontoransatt i en stor entreprenørbedrift sier det slik, og presiserer at godt arbeidsmiljø har mye å si for at man kommer seg på jobb selv om man er småsyk:

*"På kontorsiden så er det vel sånn, der er det sånn. Der går vi på jobb selv om vi har feber og hvert fall får vært noen timer og får unna litt, også heller kan gå hjem. For du er, eller mange av oss...er du for frisk til å være hjemme og for syk til å gå på jobb? Og da går man på jobb. Og da har man jo også sagt ifra at "jeg er ikke i form i dag, men jeg er her". Og det blir fullt akseptert, men det er klart at har du kraftig influensa og kan smitte hele avdelingen, så blir du jo anbefalt å holde deg hjemme. For det er jo ikke noe smart. Men noen har jo kanskje veldig lett for å ha litt vondt og bli hjemme, mens andre de går på jobb selv om de ikke er i form. Og det er jo også ute i produksjonen at folk går på jobb og ikke er frisk, så har det vært for ille så har de blitt jagd hjem. Men så har vi veldig godt miljø på bedriften også, det har mye og si." (leder, entreprenørbedrift)*

To ledere i private barnehager svarer også bekreftende på at de opplever at folk går på jobb selv om de er syke:

*"Ja, opplever at folk strekker seg litt lenger. Jeg er fornøyd med det. Når de er for syke til å stå i jobben, eller er smittebærere, er det selvfølgelig viktig å være hjemme. Jeg mener vi har litt å gå på i forhold til hvor lett det er å ringe og melde fravær." (Leder, privat barnehage1).*

*"Noen går på jobb selv om de ville hatt bedre av å være hjemme. Det er allikevel ingen som presser de til å gå, vi oppfordrer folk til å være hjemme, ordner med vikarer slik at det skal være lettere. Har 2 ansatte med migrene, de vil gå på jobb og begrunner det med at sykdommen ikke skal få "bestemme" over dem." (Styrer2, privat barnehage).*

En annen barnehageleder har opplevd at enkelte ansatte trenger konkret hjelp for å unngå å bli sykmeldt, og etterspør en holdning til sykefravær som innebærer at det er noe man kan snakke med hverandre om. Lederen har selv forhindre langvarig sykefravær ved å innvilge velferdspermisjon og bistått med timebestilling og dekning av psykologutgifter:

*"Hadde en som plutselig fikk en kink – fikk motivert ham til å prøve kiropraktor som han egentlig ikke hadde noe tro på, ved at barnehagen betalte. Dette bidro til halvering av sykefraværet – i ettertid har han takket og bukket for hjelpa. Dette har jeg opplevd ved flere tilfeller – har bestilt time til psykolog betalt noen timer over barnehagens budsjett og dette har bidratt til raskere tilbake og bedring. Mener kanskje at mye fravær skyldes psyken hos folk. Dette ligger for det meste i bekymringer på hjemmebane. Derfor er det greit med åpenhet – og det å kunne hjelpe når jeg vet hva som plager og en erkjennelse over at noe plager – gi kanskje en dag eller to i velferdspermisjon, ordne med time til det ene eller det andre. Dette kan være tungt for mange. Mye enklere å gå til lege å bli sykemeldt enn å ta tak i seg selv. Min erfaring sier at mange trenger hjelp til akkurat dette." (Styrer3, privat barnehage).*

Meningen med å kunne ta ut egenmeldinger er at man ikke skal belaste helsevesenet (fastleger/legevakt) unødig, når man for en kortere periode opplever at man er for syk til å gå på jobb, men at man tror sykdommen vil gå fort over (typisk ved influensa o.l.). Likevel rapporteres det om at noen ansatte har et behov for å legitimere sitt sykefravær etter å ha tatt ut noen egenmeldingsdager. Dette handler sannsynligvis om at de føler seg mistenkeliggjort hvis egenmeldingene blir for mange, eller går over for lang tid (8 dager i strekk i IA-bedrifter):

*"Personlig hadde jeg fått dårlig samvittighet hvis jeg hadde tatt 6 dager. Jeg hadde gått til legen uansett. For å få godkjennelse, fra en fagperson at jeg kan være hjemme nå. Men nå skal de presses tilbake likevel" (Tillitsvalgt/verneombud, sykehjem).*

En tillitsvalgt som har hatt de samme kollegene i hjemmetjenesten i mange år, er seg bevisst at sosiale normer på arbeidsplassen påvirker hvordan de ansatte forholder seg til det å være borte fra jobb (Lønningdal et al. (2010), Lindbeck et al. (2004; 2009), Hesselius et al. (2008; 2009), Bamberger og Biron (2007), Väänänen et al. (2008)):

*"Men har ikke noe stort problem, har ikke noe ukultur, ærekjær alle sammen. Tenker på den arbeidsstokken som er i hjemmesykepleien. Det er mange av oss som har jobbet utrolig mange*

*år, en utrolig stabil gjeng. Det har mye å si. Når det kommer inn nye – du tar litt skikken dit du kommer. Er det mye fravær er det lett for ungdommene som kommer – jeg tar meg en dag jeg også. Vi er på en måte litt rollemodeller vi som er gamle og har vært her lenge." (Tillitsvalgt/verneombud, hjemmetjenesten)*

### **Holdninger til sykefravær – spiller kjønn og alder noen rolle?**

Flere av informantene våre har utsagn som kan tyde på at de opplever at det er forskjell på holdninger til sykefravær på tvers av kjønn, og særlig alder. Dette er variabler som også slo ut som signifikante i flere av forskningsprosjektene vi presenterte i litteraturgjennomgangen (Ljunge (2011), Dahl et al. (2007), Skogman Thoursie (2004; 2006)). I disse undersøkelsene var det slik at kvinner og eldre mennesker hadde mer restriktive ("bedre") holdninger til sykefravær. I intervjuene våre var svarene på spørsmål om holdninger og alder litt tvetydige:

*"Arbeidsmoral (...) det kan du skille på alder. Vi som har passert 45-50 tror jeg har en arbeidsmoral som rett og slett er helseskadelig for oss selv og vår framtid" (Fagleder i en kommunal tjeneste).*

*"Ja den yngre garde – ungdommen – de har ikke arbeidsmoral" (Enhetsleder, sykehjem).*

*"Vi som er gammel har opplevd at vi skal gå på arbeid uansett om vi ikke klarer å komme ut av senga. Det gjør vi. Har jobbet sammen med ungdommer som har tatt telefon til merkantil og lurt på hvor mange egenmeldingsdager de har igjen når du kommer til desember. Har jeg brukt mange? Da har du et problem" (Fagleder i en kommunal tjeneste).*

*"Har sittet som 25-åring og hørt 60-åringer sagt at de skal ha 3-dagersen sin. Det er erfaringsbasert dette. Vet om kjempeflinke ungdommer også." (Fagleder i en kommunal tjeneste).*

En HMS-ansvarlig ved et av landets sykehus forteller om ledere som rapporterer om unge med slappe holdninger til sykefravær:

*"Det meldes tilbake til oss. Og ledere sier at det er mye lettere å forholde seg til en voksen person med langtidsfravær med et reelt helseproblem, enn disse unge som hopper ut og inn. Så opplevelsen ute blant lederne der de har veldig mange unge, det er at de tar lettere på det å være borte en dag eller to. Så da bare siterer jeg det de har sagt til meg, uten at vi har gjort noe, for vi har jo ikke sånn kjempeutvikling i korttidsfravær som tilsier at det er noe sånn store problemer. Men det er en annen holdning, som signaliseres. Ja." (HMS-leder, sykehus).*

Flere kvantitative forskningsprosjekt (ibid.) finner altså at yngre generasjoner har en lettere tilbøyelighet til å benytte seg av sykelønnsordningene, sammenliknet med eldre generasjoner. Dette bekreftes stort sett blant våre informanter, men det skal sies at de færreste av disse tilhører den yngre generasjonen selv. Svarene her kommer nok an på hvilken generasjon man spør. Det er sannsynlig at de unge selv har et annet syn på egne holdninger til sykefravær og arbeid. Et eksempel på dette var reaksjonene som kom (omtalt i Aftenposten<sup>18</sup>) da Arbeidsminister Hanne Bjurstrøm sommeren 2011

---

<sup>18</sup> <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article4156858.ece>

uttalte seg i VG om at hun var "skremt av lat ungdom", og at de har utviklet farlige holdninger når de ikke gidder å jobbe (innslaget handlet om sommerjobber). Ungdommer som følte seg generalisert tok til motmæle, og ministeren måtte innrømme at hun hadde uttalt seg på manglende grunnlag.

En leder for en stor entreprenørbedrift på Østlandet har erfart at det er forskjell på hvordan kvinner og menn forholder seg til sykefravær og tilrettelegging:

*" (...) nå må jeg passe meg så jeg ikke høres ut som....men den erfaringen som jeg har gjort meg, for jeg har snakket med alle sammen, den erfaringen som jeg har gjort meg er at når du snakker med jentene så blir de gjerne fryktelig irriterte og sinna og sånn med en gang, "hva er det du mener? Tror du jeg er hjemme fordi jeg ønsker å skulke?", ikke sant, de er veldig sånn...de går fryktelig i forsvar med en gang, og da blir de fryktelige sinna, men så blir de konstruktive. Og da er det akkurat som at de kommer i en dialog og får gjort noe med det. Min erfaring er at gutta er litt tøffere på det, for de er litt sånn at "du bør ikke komme her og komme her", men det er min personlige opplevelse av det. Og det tar mye lengre tid å få snudd gutta enn jentene. Og det kan hende at det er fordi jeg er jente selv at det kanskje... men vi har faktisk sett det altså at sykefraværet nå er høyest hos gutta" (Leder 1 i en stor entreprenørbedrift).*

En annen leder i den samme bedriften har liknende erfaringer, og bruker et eksempel på holdninger til gradert sykmelding. Vi skal se nærmere på holdninger til graderte sykmeldinger i neste delkapittel.

*"Ja, de (mennene) er mye staere altså, i forhold til...det var som en her som hadde en gradert sykemelding, også ville jo vi at, for vedkommende synes det var greit å jobbe...ja, tre hele dager den ene uken, og to hele dager uken etterpå. Også slet han da med benet sitt, også var det som jeg sa til han at "da vil vi ha deg her hver dag, litt hver dag, fordi at vi tror ikke at du blir noe bedre av å slite deg ut 100 % en hel dag, også liksom være sliten hjemme dagen etterpå, også kommer du tilbake igjen også skal du jobbe full dag". Nei, det ville han ikke være med på. "Nei, okay", også var det som han sa at "da må jeg jo på en 100 % sykemelding da". Og det er liksom litt den reaksjonen som vi møter ofte, som vi har møtt ved flere anledninger, at liksom "nei, du skal ikke komme og fortelle meg hva som er best for meg." Men jentene, de blir ofte litt sånn fornærmet med en gang, også er det akkurat som at de tenker seg om og da skjønner de liksom at det kanskje ikke er så dumt, nå generaliserer jeg da, men det er bare erfaringer som jeg har gjort meg da." (Leder 2 i en stor entreprenørbedrift).*

### 4.3.2 "Ingen er 100 % frisk eller 100 % syk"

Etter å ha holdt et innlegg på NHOs årskonferanse 5. januar 2011, ble Jens Stoltenberg sitert på følgende i Dagens Næringsliv samme dag<sup>19</sup>:

*"Økt bruk av gradert sykemelding har bidratt til å redusere sykefraværet. Vi skal gå gjennom utføreordningen for å se om vi kan gjøre det samme som på sykelønn, nemlig å gå ut fra at ingen er 100 prosent før eller ufør" (Jens Stoltenberg på NHOs årskonferanse, 2011. Vår understreking).*

Stoltenberg er inspirert av Mykletun et al. (2010) som anbefalte Regjeringen at sykmeldinger nå som hovedregel bør være gradert. Ute i norske virksomheter er det en blandet mottakelse av at flere av de ansatte skal over på gradert sykmelding. Selve idéen er både ledere, tillitsvalgte, sykmeldte og leger positive til – det er bra med tettere oppfølging, og at den ansatte beholder kontakt med arbeidsplassen. En av barnehagelederne vi intervjuet, mente at gradert sykmelding er bra for både arbeidsplassen og den sykmeldte, fordi hun mente å se at sykefraværsperioden blir kortere ved gradert sykmelding enn ved full sykmelding. Dette fant også Markussen (2010a). Utfordringene ligger i at mange av virksomhetene opplever at det er begrenset hvordan, hvor lenge og for hvor mange, de kan tilrettelegge arbeidsoppgavene for sine ansatte som blir gradert sykmeldt:

*"Jeg ser klart at det kan by på utfordringer å finne gode løsninger mht gradert sykemelding i vår bransje. Vi har et begrenset antall stillingskategorier og oppgavene som skal utføres er ofte fordelt mellom de ulike vaktene. Noe tilpasning skal vi klare, men det går fort ut over medarbeiderne dersom tilretteleggingen blir omfattende. At den aktive sykemeldingsordningen forsvant er et stort tap for oss i barnehagen. Det er et økonomisk spørsmål mht tilrettelegging. Vi kan ikke opprette nye stillinger for å ivareta arbeidstakere, og de arbeidsoppgavene som skal gjøres må gjennomføres av de som er på jobb. Overbelastning på andre blir fort en problemstilling ved overdreven tilrettelegging. Vi kan ikke være for fleksible. For eksempel er det ikke gunstig å dele opp dagen for en ansatt slik at vi erstatter vedkommende halvveis. Ikke er dette pos. for barnegruppene og ikke er det lett å finne noen som har anledning til å binde seg til halve arbeidsdager." (Leder i privat barnehage).*

En annen barnehageleder ønsker derimot at flere skal velge å være 100 % til stede og heller ha 50 % innsats, i stedet for å komme bare annenhver dag hvis de blir 50 % sykmeldt. Hun uttaler følgende om graderte sykmeldinger og holdninger til sykefravær:

*"Dette er vanskelig på grunn av gamle holdninger. Den dagen alle har akseptert at man skal være tilstede på jobben i 100 %, men jobbe 50 %, vil dette kanskje fungere. Holdninger i forhold til det å være sykmeldt er at man da ikke viser seg på arbeidsplassen. Vi har jobbet lenge med holdninger til sykefravær, og dette går sakte. Holdningsendringer tar tid." (Leder i privat barnehage).*

---

<sup>19</sup> <http://www.dn.no/forsiden/politikkSamfunn/article2054108.ece>

Dette viser at det innad i samme næring ser ulike muligheter og begrensninger når det kommer til gradert sykmelding. Andre ledere vi har intervjuet, peker på at den ansattes holdninger til tilretteleggingen er avgjørende for resultatet av gradert sykmelding:

*"Trivsel er et nøkkelord for den arbeidstakeren, og det nytter ikke å sette arbeidstakeren i en tilrettelegging en egentlig ikke ønsker" (Leder for hotell).*

*"Hvis de (gradert sykmeldte) ikke er interessert, så kommer vi ingen vei." (Leder i renholdsfirma).*

Videre opplever noen av lederne at enkelte ansatte, som ønsker seg delvis ut av arbeidslivet (enten på uføre- eller alderspensjon), benytter gradert sykmelding helt til de får det som de ønsker. Dette handler både om treghet i systemet, og holdninger hos de ansatte:

*"(...) de har en plan med sykemeldinga si, og det har vi sett flere eksempler på, spesielt i restaurantavdelinga. At de blir 100 prosent sykmeldt, for en skade eller en slitasje, også er loven sånn at du skal tilbake i en tilretteleggings situasjon så.. mistrives de der, også vil de ikke. Så prøver de aktiv sykmelding, også mener de at det ikke fungerer. Detter de tilbake hele tiden i 100 prosent sykmelding, og 100 prosent fravær. Og på sikt, når det går nå 1 år kanskje 1 ½ år så enten ønsker de å være borte 100 prosent for å få uførepensjon eller at de blir borte og har lyst til å få 50 prosent uførepensjon, og 50 prosent i jobb. Og det er litt.. det er forferdelig dumt at du er nødt til å.. man er så ærlig med seg selv, at en har kommet så langt at jeg har lyst til å jobbe her 50 prosent, så er du nødt til å tyn systemet i 1, i 2 år for at du skal få oppfylt det ønsket, uten at en skal tape veldig mye penger privat selv. Så det systemet er litt sånn.. det er jo en utnyttelse av det systemet som er her i dag.*

*Og.. det er klart at hvis den ansatte har vært mer åpen på at den ønsker bare å jobbe 50 prosent, så vil noen komme inn og si; da må du bare, enten må du bare ha en 50 prosent jobb og klare deg med det, eller så må du ta ut pensjonen din eller så.. du kan ikke gå i dag og si jeg ønsker bare å jobbe 50 prosent, og vil ha 50 prosent uføretrygd." (Leder for hotell).*

Noen få av de tillitsvalgte vi har snakket med, rapporterer om ansatte som synes den tette oppfølgingen man får i forbindelse med gradert sykmelding kan bli for mye av det gode, men meningene er delte:

*"(...) synes at det ble litt voldsomt med all oppfølgingen, at en ikke kan få være syk og i fred. Andre jeg har snakket med sa at det blir godt å komme tilbake." (Tillitsvalgt/verneombud hjemmesykepleien).*

En alvorlig kreftsyk ansatt i en industribedrift sier at han ønsker å jobbe så mye han klarer, og setter pris på å få jobbe gradert:

*"Miljøet er veldig viktig, jeg ville savne det hvis jeg ikke var der. Også ville jeg jobbe, og jeg trives jo veldig godt." (Delvis sykmeldt ansatt i industribedrift).*

Vi har også eksempel på en sykmeldt som ikke anser gradert sykmelding som aktuelt når hun blir spurt om hva hun tenker om gradert sykmelding:

*"men jeg trur.. jeg trur ikke en får nå mer friske folk av det. Nei.. og det spørs litt. Hadde det vært sånn konkret som et benbrudd eller noe.. ikke sant? Men er det.. går på litt sånn psyken din og helsa..." (Sykmeldt kvinne).*

Slik vi tolker dette utsagnet, mener denne kvinnen at gradert sykmelding ikke egner seg så godt hvis det er psykiske problemer som ligger bak sykmeldingen din. Dette kan det se ut til at svenske psykiatere og ortopedene er enige med henne: I en undersøkelse om gradert sykmelding gjort av Riksforsäkringsvärdet i Sverige i 2004 mente 53 % av psykiaterne og 75 % av ortopedene at gradert sykmelding gjorde at folk kom raskere tilbake i jobb.

### 4.3.3 Holdninger til sykenærvær på næringsnivå

I forbindelse med evalueringen av IA-avtalen (Ose et al. 2009) spurte SINTEF en rekke tillitsvalgte i IA-virksomheter om holdninger til sykenærvær. Analyser av hele materialet (N = 1 811) viste at det var to faktorer som skilte seg ut som press-faktorer: vikarbruk og de ansattes samvittighet. Det var en relativt høy andel tillitsvalgte som rapporterte at det ikke hentes inn vikarer ved sykefravær, og i bortimot halvparten av virksomhetene uttrykkes det at moralen blant de ansatte er veldig høy – så høy at det kan gå på helsa løs. Mulighetene for sykenærvær begrenses av at nær 50 prosent av virksomhetene svarer at det er vanskelig å finne alternative oppgaver til de som behøver tilrettelegging, selv om de i utgangspunktet er positive til det å tilrettelegge.

I forbindelse med den foreliggende rapporten om gradert sykmelding, har vi sett nærmere på hvordan holdningene til sykenærvær varierer med hvilken type næring den tillitsvalgte tilhørte. En studie gjennomført av Helde et al. (2010) undersøkte om næringsstruktur kunne forklare norske fylkesvise forskjeller i varighet på sykmeldinger for personer med samme diagnose som arbeidet i samme næring. F.eks. var gjennomsnittslengden på sykmeldinger for diagnosen "skuldersyndrom" innen varehandelen 51 dager i Telemark og 104 dager i Vestfold i 2009. Funnene viser at selv om man korrigerer for næringsstruktur, kjønn og alderssammensetning, så opprettholdes forskjellene i sykefraværet mellom fylkene. Det pekes i konklusjonen på at man ikke kan utelukke at ulikheter i normer og holdninger blant arbeidstakere, arbeidsgivere og leger kan forklare noe av forskjellene på fylkesnivå.

Til sammen har nær 1 800 tillitsvalgte fra 15 hovednæringer besvart SINTEFs spørsmål om sykenærvær. Utvalget IA-virksomheter som ble forespurt om å delta i undersøkelsen var trukket representativt fra IA-registeret, og det varierer derfor hvor mange som har svart fra hver næring. Tabellen under viser antall tillitsvalgte som har respondert på skjemaet, fordelt på hovednæring.

Den initiale faktoranalysen av spørsmålsbatteriet om sykenærvær, gav tre faktorer som ble kalt "Nærværspress", "Sykenærvær (tilrettelegging)" og "Mestringsfravær" (se Ose et al. 2009, s. 169). Når vi nå skal se på holdninger spesielt, har vi valgt ut relevante enkeltspørsmål innen hver faktor, og presenterer andelen tillitsvalgte fordelt på næring som har svart "Delvis enig" eller "Helt enig" på disse spørsmålene. Vi starter med spørsmål som omhandler nærværspress:

**Tabell 4.1 Antall tillitsvalgte i ulike næringer som har respondert på spørreskjema**

Næring	Antal I svar
Jordbruk og skogbruk	5
Fiske	1
Bergverksdrift og utvinning	7
Industri	145
Kraft- og vannforsyning	30
Bygge- og anleggsvirksomhet	76
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	136
Hotell- og restaurantvirksomhet	24
Transport, lagring og kommunikasjon	65
Finansiell tjenesteyting og forsikring	37
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	73
Offentlig administrasjon, forsvar og trykdeordninger underlagt offentlig forvaltning	258
Undervisning	324
Helse- og sosialtjenester	552
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	60
Totalt	1 793

På spørsmål om man opplever at det i virksomheten forventes at man kommer på jobb uansett hvordan man føler seg, er det ansatte i hotell- og restaurantvirksomhetene som er mest enig blant næringene, med 30 % av respondentene. De følges av "Andre sosialtjenester og personlige tjenester" med 26 %, og "Jordbruk og skogbruk" – der én av fire opplever sin arbeidsplass slik. I gjennomsnitt er det en betydelig lavere andel som rapporterer at ansatte som er fraværende blir sett på som illojale – her ligger de fleste næringene mellom 3 og 8 prosent som er delvis/helt enige i dette, mens "Bergverksdrift og utvinning" skårer markant høyere – her svarer hele 29 % av de tillitsvalgte at de opplever det slik.



**Tabell 4.2 Andel (%) tillitsvalgte som er helt eller delvis enig i påstander om nærværspress i virksomheten**

Næring	Her ventes det at man kommer på jobb uansett hvordan man føler seg	Ansatte som er fraværende blir sett på som illojale	Ansatte som kommer sent og går tidlig blir uglesett her	Folk her er så samvittighetsfulle at det går på helsa løs	Hvis noen er borte uten grunn får de høre det	Her går vi ikke hjem før jobben er gjort
Jordbruk og skogbruk	25	0	25	50	0	0
Fiske	0	0	0	0	0	100
Bergverksdrift og utvinning	14	29	57	43	57	71
Industri	17	12	32	34	45	47
Kraft- og vannforsyning	10	3	28	24	36	52
Bygge- og anleggsvirksomhet	18	8	44	32	55	49
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	17	6	39	36	33	41
Hotell- og restaurantvirksomhet	30	11	45	35	40	65
Transport, lagring og kommunikasjon	19	5	43	57	28	62
Finansiell tjenesteyting og forsikring	9	3	26	41	24	50
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	13	8	18	52	26	57
Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	13	6	26	56	24	40
Undervisning	11	5	32	67	16	58
Helse- og sosialtjenester	14	6	34	48	26	50
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	26	7	31	41	28	40

Et spørsmål som kan gi en god indikasjon på holdningene til fravær i en virksomhet, er spørsmålet om ansatte som kommer sent og går tidlig blir uglesett på arbeidsplassen. Her svarer mellom 30-45 % av de tillitsvalgte at de er helt/delvis enige i en slik påstand i de aller fleste næringene. "Bergverksdrift og utvinning" skiller seg imidlertid ut igjen, der 57 % er enige i dette. På bunn skårer "Fiske" og "Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting" der hhv. 0 og 18 prosent

opplever at det er slik. Det er tenkelig at dette med å komme sent og gå tidlig oppleves veldig forskjellig avhengig av hvilke arbeidstidsordninger man har. I en jobb med fleksibel arbeidstid, der man også har mulighet til å jobbe hjemmefra, vil dette spørsmålet kunne oppleves irrelevant å svare på – da man har full anledning til å komme sent og gå tidlig. En fisker vil sannsynligvis også oppleve spørsmålet som irrelevant. Jobber man turnus, og er avhengig av avløsning for å kunne forlate jobben, vil dette spørsmålet ha en helt annen relevans.

På påstanden "folk i virksomhetene er så samvittighetsfulle at det går på helsa løs" – svarer en høy andel av representantene fra de ulike næringene positivt på dette. I fem av næringene ("Jordbruk og skogbruk", "Transport, lagring og kommunikasjon", "Eiendomsdrift mv.", "Offentlig administrasjon" mv. og "Undervisning") svarer over halvparten av de tillitsvalgte bekreftende på dette spørsmålet. Tillitsvalgte i "Undervisning" skårer klart høyest, der hele 67 % svarer at de ansatte er så samvittighetsfulle at det går på helsa løs.

I "Bygge- og anleggsvirksomhet" og "Bergverksdrift og utvinning" svarer hhv. 55 og 57 prosent av de tillitsvalgte bekreftende på at hvis noen er borte uten grunn, får de høre det. Blant de 324 som har svart fra næringskategorien "Undervisning", er det til sammenlikning bare 18 prosent som er enige i dette. Påstanden om en kultur der man ikke går hjem før jobben er gjort, har høyest andel helt/delvis enige i "Bergverksdrift og utvinning" (71 %), "Hotell og restaurantvirksomhet" (65 %) og "Transport, lagring og kommunikasjon" (62 %). Det interessante her er at alle næringer (utenom Jordbruk og skogbruk som ikke har svart på denne påstanden) har en andel som svarer bekreftende her på over 40 %. For de fleste næringer ligger andelen på rundt 50 %.

Hvis vi skal oppsummere opplevelsen av nærværspres i norske næringer, basert på svar fra de tillitsvalgte, kan det virke som nærværspreset er sterkest i typisk mannsdominerte næringer som "Bergverksdrift og utvinning", "Bygge- og anleggsvirksomhet" og "Transport, lagring og kommunikasjon". Undervisningssektoren rapporterer om klart flest ansatte som er så samvittighetsfulle at det går på helsa løs. I "Helse- og sosialtjenester" er det en relativt lav andel som svarer at man blir uglesett hvis man kommer sent og går tidlig – noe som kanskje er overraskende med tanke på at det er mange som jobber turnus her, og ikke har så fleksible arbeidstider. I tabellen under ser vi på påstander om sykenærvær og tilrettelegging.

Blant tillitsvalgte i 10 av 15 næringer svarer mellom 70 og 80 % at det er greit å komme på jobb selv om formen ikke er på topp (se neste tabell). "Jordbruk og skogbruk" og "Hotell og restaurantvirksomhet" skårer lavest her med hhv. 50 og 55 %. Likeledes sier de aller fleste respondentene seg enige i at det er stor takhøyde for de som sliter med helsa i deres virksomhet (alle de tillitsvalgte i "Jordbruk og skogbruk" er helt eller delvis enig). "Transport, lagring og kommunikasjon" og "Bygge- og anleggsvirksomhet" skårer imidlertid lavest her med hhv. 42 og 51 %.

**Tabell 4.3 Andel (%) tillitsvalgte som er helt eller delvis enig i påstander om sykenærvær (tilrettelegging) i virksomheten**

Næring	Her er det greit å komme på jobb selv om formen ikke er på topp	Det er stor takhøyde her for de som sliter med helsa	Hos oss blir arbeid sett på som helsefremmende og positivt, også for de med helseproblemer	Her tas det hensyn til at ulike helseproblemer kan kreve ulik tilrettelegging
Jordbruk og skogbruk	50	100	33	75
Fiske	100	100	0	100
Bergverksdrift og utvinning	71	86	57	86
Industri	76	63	39	64
Kraft- og vannforsyning	59	79	57	62
Bygge- og anleggsvirksomhet	70	51	44	63
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	75	59	49	68
Hotell- og restaurantvirksomhet	55	70	70	70
Transport, lagring og kommunikasjon	62	42	47	52
Finansiell tjenesteyting og forsikring	79	62	50	79
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	75	71	65	75
Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	73	61	56	71
Undervisning	76	70	51	68
Helse- og sosialtjenester	74	63	61	71
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	80	72	49	68

Påstanden "Hos oss blir arbeid sett på som helsefremmende og positivt, også for de med helseproblemer" skårer jevnt over rundt 50-60 % i de aller fleste næringene. "Hotell - og restaurantvirksomhet" ligger imidlertid over gjennomsnittet med 70 % av de tillitsvalgte som sier seg enige. "Jordbruk og skogbruk" og "Industri" ligger under gjennomsnittet med hhv. 33 og 39 %.

Den siste påstanden om sykenærvær sier noe om arbeidsgivers holdning til det å tilrettelegge, og kanskje også noe om *mulighetene* for tilrettelegging – uten at vi kan skille hva som er hva. Dette er en høyst aktuell problemstilling i forbindelse med de nye reglene som kom 1. juli 2011 – der sykmelder i større grad skal gradere sykmeldingene, og der den ansatte skal følges opp tettere og tilrettelegges for i virksomheten. På påstanden "Her tas det hensyn til at ulike helseproblemer kan kreve ulik

tilrettelegging" er gjennomsnittsprosenten drøyt 70 % og ganske jevnt fordelt. "Transport, lagring og kommunikasjon" skiller seg imidlertid negativt ut; her svarer bare 52 % av de tillitsvalgte at de er delvis eller helt enig i denne påstanden.

Kort oppsummert er hovedinntrykket fra de tillitsvalgte at det er akseptert å være sykenærværende i norske virksomheter, og at holdningene til tilrettelegging er positive. En av de påstandene der svarene spriket mest, var påstanden om at arbeid blir sett på som helsefremmende og positivt, også for de med helseproblemer. Mens 33 % av de tillitsvalgte i "Jordbruk og skogbruk" var enige i dette, var hele 70 % av de tillitsvalgte i virksomhetene innen hotell og restaurant helt eller delvis enige i dette.

Den siste påstanden vi skal se på, har vi valgt å kalle mestringsfravær. I følge Saksvik og Guttormsen (2006, sitert i Saksvik og Finne (2009: 347-348)) kan dette defineres som nødvendig frivillig fravær som først og fremst tas ut i form av egenmeldt sykefravær. I følge forfatterne er dette typisk fravær som tas ut for å forebygge at det oppstår en lidelse eller at en lidelse forverrer seg. Skillet mellom sykenærvær og mestringsfravær er ofte uklart, og arbeidssituasjonen kan avgjøre hvilken løsning man velger.

**Tabell 4.4 Andel (%) tillitsvalgte som er helt eller delvis enig i påstander om mestringsfravær i virksomheten**

Næring	Vi har en slitsom arbeidsplass, og det er stor forståelse for at man av og til tar en fraværsdag for å ta seg litt inn
Jordbruk og skogbruk	0
Fiske	0
Bergverksdrift og utvinning	14
Industri	7
Kraft- og vannforsyning	7
Bygge- og anleggsvirksomhet	11
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	10
Hotell- og restaurantvirksomhet	16
Transport, lagring og kommunikasjon	8
Finansiell tjenesteyting og forsikring	18
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	13
Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	17
Undervisning	6
Helse- og sosialtjenester	12
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	19

I tabellen over ser vi at det ikke later til å være veldig stor forståelse for at arbeidstakere tar ut såkalt mestringsfravær i norske virksomheter. Hvis vi ser alle svarene under ett, uten å skille mellom næringer, svarte rundt 10 prosent at dette var akseptert ved deres virksomhet. Det er imidlertid stor variasjon mellom næringene. På topp ligger "Andre sosiale tjenester og personlige tjenester" der 19 %

av de tillitsvalgte sier at dette er akseptert. "Finansiell tjenesteyting og forsikring" ligger på 18 %, mens "Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger" ligger på 17 %. "Fiske", "Industri", "Kraft- og vannforsyning" og "Undervisning" ligger under gjennomsnittet.

I Norge er offentlig sektor relativt stor. Det er et tankekors at næringer som "Andre sosiale tjenester og personlige tjenester" og "Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger" relativt sett ser ut til å ha størst *aksept* for mestringsfravær, og dermed kanskje også størst *behov* for mestringsfravær.

## 4.4 Sammendrag, diskusjon og konklusjon

### ***Media fokuserer på dårlige holdninger***

I løpet av de siste tre årene har det vært mange oppslag i norske medier om fallende arbeidsmoral (særlig blant de unge) og dårlige holdninger til bruk av trygde- og sykelønnsordninger. Stadig flere forskere forsøker nå å forklare deler av variasjonen i sykefraværet med holdningsendringer i befolkningen. I dette kapitlet har vi sett nærmere på holdninger til sykefravær og gradert sykmelding i andres og vår egen forskning. Vi har fokusert på forskning i de skandinaviske landene, der velferdsstaten står sterkt og sykelønnsordningene er relativt like. For å definere *hva man har en holdning til* i denne sammenheng, har vi gjennomgått utvalgte paragrafer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Forskning fra Sverige viser at det på begynnelsen av 2000-tallet var lite kunnskap om hva som egentlig gir rett til sykepenger – både blant arbeidstakere og arbeidsgivere. Hvis det er slik at mange av aktørene i arbeidslivet ikke kjenner til, eller har reflektert over, hva som egentlig gir rett til sykepenger – kan det være at mange har "dårlige" holdninger uten at de selv er klar over det.

### ***Sykefravær smitter gjennom en sosial multiplikatoreffekt***

Det er noen tema som går igjen i den skandinaviske forskningen på holdninger til sykefravær. I Norge har særlig samfunnsøkonomer forsket på økonomiske insentiver og sykefravær, samt endrede normer i befolkningen i velferdsstater. Her kommer man typisk inn på hvordan sosialt stigma har betydning for individets sykefraværsbeslutninger – og hvordan dette skaper en såkalt sosial multiplikatoreffekt i de miljøene man ferdes i (familie, nabolag, arbeidsplass osv.). Effekter av sosiale normer og sosial multiplikator på sykefraværet har også vært gjenstand for omfattende forskning på svenske data. Funnene peker i retning av at den sosiale multiplikatoreffekten påvirker sykefraværet. Av den mer kreative varianten er forskning basert på analyser av sykefravær og TV-sport, samt sykefravær i relasjon til bursdager. I Sverige har man funnet at unge menn skulker jobben i større grad enn kvinner og eldre arbeidstakere under store sportsbegivenheter på TV, og i tidsrommet rundt sin egen bursdag.

Det er også andre studier som viser at yngre generasjoner har lavere terskel for å benytte sykelønnsordningen enn eldre. Framtidig sykefraværsforskning må vise om dette handler om livsfase- eller generasjonseffekter. En norsk studie fra 2009 viste at yngre egenmeldte seg syk oftere og lengre enn eldre når de fikk tilgang til flere egenmeldingsdager, men aldersforskjellen utjevnet seg etter en viss tid. Ledelse og kultur på arbeidsplassen er sannsynligvis svært viktige faktorer for hvordan de unge arbeidstakerne "oppdras" med tanke på holdninger til fravær. Det samme er foresatt holdninger og atferd i forhold til sykefravær. Når det nå finnes en god del litteratur som viser at sykefraværsatferd

"smitter" innenfor samme arbeidsplass, familie eller nabolag – så vil det sannsynligvis, og heldigvis, bety at positive holdninger og atferd smitter samme vei.

### ***En sjenerøs velferdsstat gir høy arbeidsinvolvering – med ønske om å opprettholde de gode ordningene***

Mens samfunnsøkonomene og psykologene som forsker på holdninger til sykefravær ofte baserer seg på en teori om at befolkningen oppfører seg som rasjonelle aktører og maksimerer egen nytte, har andre inntatt en alternativ teoretisk innfallsvinkel. En mer institusjonell tilnærming til holdningsspørsmålet baserer seg på en tanke om at rettferdighet og nytten av å opprettholde velferdsstaten er verdier som står sterkt i befolkningen, og at disse vil dominere eventuelle tilbøyeligheter til snylting og unnasluntring. Det er blant annet gjort forskning på arbeidsinvolvering i Norge, som viser at det *ikke* er klare holdepunkter for å hevde at arbeidsmoral svekkes i visse miljøer som følge av sosial interaksjon (f.eks. innad i nabolag eller på arbeidsplasser), og at dette kan forklare økningen i antall trygdede i Norge. Tvert i mot; i land med sjenerøse velferdsordninger betalt av innbyggerne via skatteordninger, synes det å være en sterkere vilje til å delta i lønnet arbeid enn i land med mer begrensede ytelser.

Det er analysert spørreskjemadata fra ansatte i Norden, som viser at kjønn, alder, utdanningsnivå, sektor og gjennomsnittlig arbeidstid per uke er faktorer som kan forklare holdninger til sykefravær. De to landene med mest restriktive sykkelønnsordninger (Island og Finland), har også ansatte med de mest restriktive holdningene til sykefravær. I en annen norsk studie intervjuet man rådgivere ved NAV arbeidslivssenter, IA-kontakter og tillitsvalgte i ulike typer virksomheter, og fant at holdninger og kultur blant de ansatte og lederne ble omtalt som både hemmende og/eller fremmende for valget om å gå på jobb (nærvær) eller å bli hjemme. En SINTEF-undersøkelse fra 1997 studerte norske ansattes syn på sykefravær, og anslo at mindre enn 3 % av utvalget på i underkant av 3000 ansatte, hadde illegitimt sykefravær.

### ***Fokus på misbruk***

De siste to årene har norske myndigheter hatt økt fokus på å avsløre trygdesvindler. I en undersøkelse fra 2011 ble det anslått at det er mer enn 50 % sannsynlig at misbruket av sykepenger i folketrygden ligger på mellom 6-8 % av alle utbetalingene. Sett i forhold til utbetalinger av sykkelønn i Norge for 2010, innebærer dette at opp mot 3 milliarder kroner ble utbetalt urettmessig. Også ekspertgruppen for sykefravær hadde fokus på dette i sine anbefalinger: "Krav om utnyttelse av gjenværende arbeidsevne vil motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger, og dermed styrke legitimiteten til sykkelønnsordningen" (Mykletun et al. 2010). 1. juli 2011 ble arbeidsmiljøloven og folketrygdloven endret, blant annet i det henseendet å motvirke utilsiktet overforbruk av sykepenger. Den ansattes *medvirkningsplikt* har fått større fokus etter lovendringen, og man er som ansatt nå pliktig til å samarbeide om tiltak som iverksettes for å minimere sykefravær. Hvordan denne plikten nå forvaltes i praksis bør det forskes mer på.

### ***Generelt positive holdninger til graderte sykmeldinger – fra alle hold***

Både i 2004 og 2011 er arbeidsmiljøloven og folketrygdloven i Norge endret, i det henseende å øke andelen graderte sykmeldinger. Analyser gjort i perioden etter 2004, viste at norske legers holdninger til graderte sykmeldinger var positive; en langt større andel av sykmeldingene ble skrevet ut gradert.

Artikler som innbefatter data fra ansatte, viser i all hovedsak at de fleste ansatte er positive til å være gradert sykmeldt. Det finnes imidlertid noen studier som viser at psykiatere, og ansatte som er sykmeldt på grunn av psykiske problemer, er mindre positive til gradert sykmelding enn andre. Hvis det er slik at potensialet for gradert sykmelding er mindre for de med psykiske lidelser og problemer, og denne oppfatningen deles av de som sykmelder, kan vi stå overfor et paradoks. En stadig økende andel ansatte sykmeldes pga. psykiske problemer, samtidig som man ønsker at andelen graderte sykmeldinger skal øke. Andre studier av sykenærvær viser imidlertid at det å være i arbeid selv om man er syk, er positivt for de aller fleste sykmeldte – også de med psykiske problemer. På dette området er forskningsresultatene m.a.o. tvetydige.

I Norge har forskning vist at kvinnelige leger, og leger med få pasienter, generelt er strengere med å skrive ut sykmelding. En undersøkelse fra Sverige viste at 85-90 prosent av personalsjefer/linjeledere/faglige representanter mente at gradert sykmelding ville føre til at flere kom raskere tilbake i jobb, og 75 % av de sykmeldte selv mente det samme. Et interessant skille i denne undersøkelsen kom fram mellom ortopedene og psykiatere, der 75 % av ortopedene og 53 % av psykiaterne trodde at gradert sykmelding ville føre til raskere tilbakegang til arbeid. Resultatene i en omfattende finsk litteraturoppsummering om graderte sykmeldinger fra 2008, tilsa at et klart flertall av både ansatte, arbeidsgivere og leger har et positivt syn på gradert sykmelding. Det er stor tro på at gradert sykmelding gjør at folk kommer forttere tilbake til full jobb, enn de ville gjort i 100 % sykmelding.

### **Flere gradert sykmeldte betyr flere sykenærværende**

Å være gradert sykmeldt betyr at man til en viss grad er sykenærværende. I litteraturen skilles det ofte mellom negativt nærværspres, mestringsfravær og positivt sykenærvær. Litteraturen og teoriene i sykenærværsforskningen er nå høyaktuell når flere skal jobbe mens de har redusert funksjonsevne. At flere skal være sykenærværende i norsk arbeidsliv stiller også andre krav til ledelse. Noen forskere har påpekt at sykefraværsålet som mål på helse/uhelse kanskje er i ferd med å bli misvisende. Dette begrunnes i at det finner sted en økt polarisering mellom en gruppe fattige, økonomisk marginaliserte arbeidstakere, og en (økende) gruppe velstående, velutdannede kunnskapsarbeidere med stor fleksibilitet i jobben – der *begge* disse gruppene bruker *sykenærvær* som strategi for å håndtere sine respektive problemer.

Gjennom utvalgte sitater fra en rekke intervju SINTEF har gjennomført med ledere, tillitsvalgte, verneombud, sykmeldte og leger har vi i dette kapitlet forsøkt å illustrere hvilke holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger som finnes i det norske arbeidslivet. Holdninger til fravær varierer med hvem du spør. Hvilken type arbeid man har (som ofte er avhengig av type og lengde på utdanning) synes å ha betydning for hvilken innstilling man har til det å være borte fra arbeidet. I kapitlet om næringsforskjeller i holdninger til sykenærvær, så vi tendenser til at negativt nærværspres kan se ut til å være størst i typisk mannsdominerte næringer som bergverksdrift, bygge- og anleggsvirksomhet og transport. Mestringsfravær, at man er borte en dag eller to for å hente seg inn, får størst aksept i næringen "Andre sosiale tjenester og personlige tjenester" og i finansnæringen. Samtidig er hovedinntrykket fra de tillitsvalgte at det er akseptert å være sykenærværende i norske virksomheter, og at holdningene til tilrettelegging generelt er positive. Dermed bør forholdene ligge godt til rette for at arbeidstakere kan være sykenærværende i norsk arbeidsliv.

### ***Dårlige holdninger – gjelder relativt få, men får stort fokus og har høye kostnader?***

Når media slår opp overskrifter om dårlig (og gjerne fallende) arbeidsmoral, er det ofte basert på korte spørreundersøkelser blant ledere i næringslivet. De blir sjelden bedt konkret om å angi hvor stor andel av de ansatte dette gjelder. I vår litteraturgjennomgang og i våre intervju med ledelse og tillitsvalgte i norske virksomheter, får vi inntrykk av at dårlige holdninger og dårlig arbeidsmoral eventuelt er knyttet til et fåtall av de ansatte. At dette er et problem som ikke gjelder *så mange* arbeidstakere, men at *problemene og irritasjonen* dårlige holdninger til sykefravær skaper – oppleves som store og frustrerende for arbeidsgivere, arbeidsmiljøet og samfunnet rundt. Folk flest utnytter ikke sykelønnsordningen, men de som gjør det blir viet mye oppmerksomhet – og de *koster*. Både i form av det de gjør urettmessig krav på av sykelønn – og det de forårsaker av tidskostnader i form av formell oppfølging, irritasjon, misnøye og ukultur på arbeidsplassen.

Vår litteraturgjennomgang viser at det ligger et uutnyttet forskningspotensial i å studere holdninger til sykefravær systematisk over tid (paneldata), og i å studere sammenfallet mellom holdninger og faktisk atferd når det gjelder sykefravær. Det bør også forskes på hvilke grep som kan gjøres på arbeidsplassen (ledelses- og kulturendringer), eller i forhold til enkeltpersoner, for å minimere problemene dårlige holdninger til sykefravær skaper. På samme måte som de ansattes gode eller dårlige holdninger til fravær påvirker sykefraværet, vil også måten *ledelse* utøves på, påvirke holdningene til sykefravær i en virksomhet. Det samme gjelder befolkningens forventninger til egen helse og behandlingen av egne lidelser og problemer. Henger "høyt" sykefravær i Norge sammen med høye forventninger til egen helse og høye forventninger – og muligheter – til behandling? Dette er problemstillinger som framtidig forskning bør se i sammenheng.

Økt fokus på graderte sykmeldinger og tettere oppfølging av sykmeldte kan tenkes å virke disiplinerende på de som eventuelt misbruker sykelønnsordningen – og motiverende for dem som opplever jobbnærvær som en god ting. Om det er slik må framtidig forskning vise, vi vet det ikke per i dag. Å etablere et omfattende og ressurskrevende kontrollregime med sterke sanksjoner, der ett av formålene er fange opp ansatte med urettmessig sykefravær og dårlig arbeidsmoral, synes å være basert på et alt for dårlig kunnskapsgrunnlag til å kunne forsvares faglig.



# 5 Arbeidsgivere og leger

## 5.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi se på legens rolle som sykmelder, og særlig tar vi opp samarbeidet mellom arbeidsgivere og leger. Leger med autorisasjon har rett til å sykmelde. I tillegg har kiropraktorer og manuell-terapeuter med spesiell godkjenning rett til å sykmelde personer med muskel/skjelettlidelser i inntil 12 uker. Det er fastlegene som står for det aller meste av sykmeldingene, og ved langvarig sykefravær ender sakene i stor grad opp hos fastlegen uansett. Vi konsentrerer oss derfor her om fastlegens rolle.

Vi starter med å gå gjennom tidligere forskning. Sykmeldingsrollen til fastlegen eller allmennlegen har særlig vært diskutert i Skandinavia og i Storbritannia. Derfor kommer forskningen i all hovedsak fra disse landene. Det finnes en del forskning på hvordan legene utøver sykmelderrollen og utfordringene knyttet til dette, men det finnes foreløpig svært lite litteratur på hvordan legen samarbeider med arbeidsgivere rundt sykmeldte pasienter/ansatte.

Det empiriske datagrunnlaget vårt er i stor grad basert på intervju med ledere i ulike virksomheter og spørreskjemaundersøkelser til et stort utvalg virksomheter. Diskusjonene handler derfor mye om forventningene til legene i rollen som sykmelder. I tillegg har vi funnet frem til to leger som vi har dybdeintervjuet. Begge har lang erfaring i sykmelderrollen som fastlege, og begge er også koblet til NAV i hver sine roller. De er derfor ikke tilfeldig valgte fastleger, men har både mer interesse for og mer kunnskap om feltet enn en vanlig allmennlege vanligvis har. Begge legene kjente godt til både graderingsdiskusjonen, IA-avtalen og forarbeidet til regelendringene fra 1. juli 2011. Intervjuene ble utført etter en semistrukturert intervjuguide og varte omtrent 90 minutter hver.

Etter at vi hadde intervjuet NAV-legene under en hypotese om at disse ville gi gode argumenter *for* de nye regelendringene og graderingsfokuset, deltok vi på en samling for leger for å innhente mer informasjon og teste hypoteser på en kvalitativ måte. 17 leger deltok på denne samlingen, både fastleger og leger med tilknytning til NAV, og vi fikk mye tid til å diskutere muligheter og utfordringer med sykmelderrollen i dagens system for oppfølging av sykmeldte.

Vi har også vært i kontakt med legeföreningen for å få til en større datainnsamling blant leger, uten at dette har vært mulig innenfor rammene for denne rapporten. Det er nødvendig å gjennomføre en survey blant legene for å kunne kartlegge erfaringene med og praksis rundt oppfølging av sykmeldte. Dette planlegges gjennomført i løpet av 2012 i forbindelse med evalueringen av IA-avtalen og protokollen.

Siden vi foreløpig ikke har fått gjennomført en kartlegging blant legene, kan det være vanskelig å si noe om den eksterne validiteten. Tilbakemeldingene fra legene er likevel såpass entydige på de mest sentrale punktene, at det er vanskelig å se at en vil kunne få et helt annet bilde gjennom en større

kartlegging. Vi finner både positive og negative sider i forhold til muligheten for å få til gradering av sykmeldinger, men ser behov for å ha bredere fokus enn kun på graderingsmulighetene:

*"With little understanding of GPs' attitudes towards sickness certification, any proposed changes in the way certificates are issued is unlikely to address the needs of the GP, the patient, or the employer in this complex decision-making process."* (Wynne-Jones et al., 2010)

Vi starter derfor med en gjennomgang av hva tidligere forskning viser om sykmeldingspraksis og legens rolle som sykmelder. Vi begrenser oss her altså ikke til kun legens rolle i forhold til gradering, men ser på legens rolle som sykmelder i et større perspektiv.

## 5.2 Tidligere forskning

Hovedfokuset er på norsk litteratur, men vi trekker inn internasjonal litteratur der det er aktuelt. Som nevnt over kommer bidragene i all hovedsak fra Skandinavia og Storbritannia. Vi har gruppert forskningen i følgende tre kategorier:

- Legers sykmeldingspraksis
- Legens vurdering av funksjonsevne/arbeidsevne
- Endret sykmeldingsadferd etter regelendringer

### 5.2.1 Legers sykmeldingspraksis

Omtrent 80 prosent av alle sykemeldinger skrives ut av fastleger (Brage og Kann 2006).<sup>20</sup> Dette betyr at fastlegen har en viktig rolle som portvakt for sykelønnsordningen. Når legen har rollen som sykmelder og portvakt, ligger det forventninger om at legen skal hindre overforbruk av sykelønnsordningen. I det følgende presenteres resultater fra forskning og undersøkelser om legers sykmeldingspraksis, og som vi skal se er det delvis motstridende funn.

Utredningsavdelingen i Rikstrygdeverket gjennomførte 2005/2006 et prosjekt om legers sykmeldingspraksis. Dette var den første systematiske studien av fastlegenes sykmeldingspraksis som er gjennomført i Norge, og resultatene er lagt frem i to rapporter: "Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner" i RTV-rapport 5/2006 og "Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og legeprogrammet" i RTV-rapport 6/2006. Resultatene fra registerdataanalysene viste blant annet at sykmeldingspraksisen varierer etter legenes kjønn og arbeidssituasjon. Kvinnelige fastleger hadde en sykmeldingspraksis som avvok betydelig fra de mannlige legenes ved at de ikke sykmeldte så ofte som sine mannlige kollegaer og de var raskere til å friskmelde sine pasienter. De skrev også ut mer graderte sykmeldinger. Resultatene viste også at leger med stor praksis skriver ut flere sykmeldinger enn praksisstørrelsen skulle tilsa. Også legenes alder spilte en rolle. Med stigende alder skrev legene ut flere sykmeldinger, friskmeldte senere og brukte mindre graderte sykepenger. Dette gjaldt imidlertid ikke for leger over 60 år. Vi kommer tilbake til effektene av regelendringene i 2004 i kapittel 5.2.3.

---

<sup>20</sup> De resterende attesteres av privatpraktiserende spesialister eller sykehusleger (Brage og Kann 2006) og andre sykmeldere (kiropraktorer, manuell terapeuter og psykologer i noen prøvefylker).

I en ny artikkel som også benytter administrative register (kobling mellom lege-pasient data) for 627 leger med tilhørende 348 054 pasienter i Oslo og Bergen i 2006, finner man ikke noen sammenheng mellom legens kjønn og antall sykefraværsdager blant pasientene (Winde et al., 2011). De finner heller ikke at legens alder har særlig betydning. Listestørrelse ser heller ikke ut til å være korrelert med sykmeldingstilbøyelighet i følge denne studien. De konkluderer med at det er pasientkjennetegnene som er de aller viktigste for sykmeldingsmønsteret som observeres blant leger. En annen studie, der 53 allmennleger registrerte alle sykefraværstilfellene sine i løpet av en to-ukersperiode i Sverige, fant de at pasientene hadde sterk innflytelse på sykmeldingspraksisen, men også at kvinnelige leger sykmeldte oftere enn sine mannlige kolleger (Englund & Svärdsudd, 2000). De fant også at de som fikk gradert sykmelding ofte var kvinner, og eldre enn pasientene som fikk full sykmelding. De hadde også lengre sykmeldingsperiode. Gradert sykmelding ble mest brukt i tilfeller der pasienten hadde en eller annen smertetilstand, og der sykmeldingsperioden ble vurdert å kunne bli lang.

En annen studie konkluderer også med at fastlegen har marginal betydning på varigheten på sykemeldinger utover 16 dager (Aakvik et al., 2010). De finner at varigheten på sykemeldingene i all hovedsak påvirkes av individuelle forhold hos pasienten, men at det meste av variasjonene kan ikke forklares med observerbare kjennetegn. Diagnose, yrke, utdanning og antall barn er de viktigste faktorene, mens kjennetegn ved fastlegen og kommunen vurderes til å ha liten påvirkning. Konklusjonen her er at det er pasientene selv som bestemmer om de vil sykmeldes og at legen dermed fungerer som pasientenes advokat.

Mange går til legen med plager som ikke lar seg påvise av verken blodprøver eller røntgen, såkalte subjektive helseplager. Hvorvidt de blir sykmeldt eller ikke, og hvilken diagnose de får, kan henge sammen med hvilken fastlege de har. Et forskningsprosjekt som er ledet av Uni Helse i Bergen, har som mål om å undersøke forskjellen i diagnostisering og innvilgelse av sykmelding hos allmennpraktikere i fire nordiske land. Prosjektet ønsker å finne ut hvilke kriterier fastleger bruker for å sykmelde, og teste om fastlegene vurderer en og samme pasient på forskjellige måter. Den første studien fra prosjektet (Nilsen et al., 2010) tyder på at legene synes det er utfordrende og belastende å ta stilling til sykmelding og arbeidsuførhet ved subjektive helseplager. Tillit til pasientenes egen historie, og trygghet på egne beslutninger ble sett på som kritiske faktorer. Mange allmennpraktikere savner solid dokumentasjon på sykdom og tap av funksjon. 48 norske allmennpraktikere deltok i fokusgrupper. Studien identifiserte mange faktorer som kan påvirke beslutningene, blant annet pasientenes evne til å presentere sin sykehistorie på en slik måte at den vekket sympati hos legen, legens tidligere kjennskap til pasienten, legens egen erfaring som pasient og legens tendens til å unngå konflikt. Avgjørelsene som tas er avhengig av legenes holdning, verdigrunnlag og personlighet. Forfatterne foreslår at bevissthet rundt beslutningsprosessen bør økes gjennom spesifikk utdanning og trening blant legestudenter og fastlegene.

En svensk studie, som tar utgangspunkt i 4200 leger i Sverige, finner at legene selv anser at de burde være mer restriktive med å sykmelde (Arrelöv, 2007). Mannlige leger mente i større grad enn kvinnelige leger at legene kunne gjøre mer for å forkorte sykmeldingen, eller unnlate å sykmelde. Kvinnelige leger påpekte i større grad enn mannlige leger et behov for bedre samarbeid mellom "vården" og de som utskriver sykepengen.

I ekspertutvalgets rapport fra 2010 ser de nærmere på tall fra NAV og bruken av gradert sykemelding blant 4 219 leger med betydelig sykmeldingspraksis<sup>21</sup>. Av alle sykemeldingene i dette utvalget var 18,8 prosent gradert, og gradering var vanligere når sykemeldingsperioden samlet hadde vart i åtte uker enn før dette. De finner at bruken av gradert sykemelding varierer svært mye mellom leger, men ikke så mye mellom diagnoser, og de påpeker i deres rapport at det neppe er utelukkende medisinske grunner til denne forskjellen. Ekspertgruppen mener denne store variasjonen vitner om et betydelig potensial for endret praksis blant legene. Et av virkemidlene som foreslås er en praksisendring med systematisk og grundig innsats med opplæring, utvikling og implementering av veiledere, og jevnlig tilbakemelding på den enkelte leges sykmeldingspraksis – med fokus på bruk av gradering av sykmeldinger, jf kap. 4 rapporten til ekspertutvalget.

Samme logikken finnes igjen i en finsk studie, der de gjennom en spørreundersøkelse blant 300 leger i primærhelsetjenesten finner stor variasjon i sykmeldingspraksis mellom legene (Kankaanpää et al., 2011). De mener det er store summer for samfunnet å spare på økt utdanning og opplæring av leger i sykmeldingsarbeid.

En svensk studie tar utgangspunkt i dette med at legene har begrenset opplæring i å håndtere sykmeldinger og forsøker å finne ut hvordan kunnskapen utvikles (Löfgren & Alexanderson, 2011). Studien er basert på besvarte spørreskjema i 2004 og 2009 fra hhv 4 019 og 14 210 leger. De finner at få har fått kompetanse gjennom formell opplæring i sykmeldinger, mens 65% har fått kompetanse gjennom kontakt med kolleger. De konkluderer med at legene i hovedsak oppnår kompetanse i sykmeldinger gjennom daglig klinisk praksis, gjennom kontakt med kolleger og pasienter.

Basert på registerdata fra 2001 til 2005 for alle sykmeldinger i landet koblet med informasjon om fastlegene, undersøkes en rekke forhold ved sykefraværet (Markussen et al., 2010). De konkluderer med at det meste av tverrsnittvariasjonen i sykefraværet skyldes at arbeidstakerne er forskjellige (heterogenitet). Hvem den sykmeldte har som fastlege ble funnet å være viktig for tilbøyeligheten til å være sykmeldt og at sykmeldinger kommer ofte av andre grunner enn sykdom. De fant også at folk har mye høyere sannsynlighet for å bli friskmeldt rett før sykepengerrettighetene utløper.

NAV har sett nærmere på de fylkesvise forskjellene i varigheten i sykefravær innenfor samme diagnose (Helde et al., 2010). De finner store fylkesvise forskjeller i varigheten i sykefraværet innenfor samme diagnose og bruken av gradert sykemelding. I Rogaland utgjør tilfeller med gradert ytelse 13 %, i Vestfold er andelen 19 %. Studien tar utgangspunkt i data fra 2008, hvor 1/6 sykefraværstilfeller var gradert, gjennomsnittlig varighet uten gradering var 25 dager, mens gradert var 116 dager. Bruken av gradering varierer naturligvis mellom diagnosegrupper, og dette forklarer mye av forskjellen i varighet mellom gradert og ikke-gradert. Innenfor de fleste enkeltdiagnosene finner de også at gruppen med gradert ytelse har vesentlig lengre fravær enn gruppen med full sykemelding og at det er betydelig geografisk variasjon i varighet. De konkluderer med at den store variasjonen innen en og samme diagnose peker i retning av at det er forhold utover selve sykdommen/diagnosen som varierer, men de har for eksempel ikke kontrollert for nærings sammensetning. I en svensk studie basert på fire måneders sykmeldinger i 1995 og to måneders i 1996 (nær 60 000 sykmeldinger), finner de at lokale

---

<sup>21</sup> Betydelig sykmeldingspraksis vil i dette tilfellet være de legene som benytter gradert sykemelding sjeldent, og de av legene som benyttet gradert sykemelding oftest.

strukturfaktorer også er viktig for å forklare fylkesvis og geografisk variasjon i lengden på sykefraværstilfellene (Arrelöv et al., 2005). De finner sterke korrelasjoner mellom lokale faktorer som kommunistørrelse, nærhet til sykehus og gjennomsnittlig lengde på sykefraværstilfellene, og konkluderer med at sykmeldingspraksis også er avhengig av lokale strukturfaktorer.

En artikkel ser på innføringen av fastlegeordningen i 2001 og om denne har påvirket legens oppfatning av seg selv som portvakt for trygdeordninger (Carlsen & Norheim, 2003). Datakildene er strukturerte fokusgruppeintervju og korte spørreskjema. De fant at legenes portvaktrolle ble svekket med fastlegeordningen. Årsakene var at det ble mer åpen konkurranse mellom legene, høyere forventinger fra pasienten og mer ansvar for den enkelte fastlege. De konkluderer med at fastlegene i Norge har vært gjennom et skifte i maktforholdet mellom lege og pasient i favør av pasienten gjennom fastlegereformen.

En annen artikkel finner omtrent det samme (Carlsen & Nyborg, 2009), og de konkluderer med at grunnet asymmetrisk informasjon, kan ikke legene forventes å fylle rollen som portvakt. Bedre portvakter ville blitt dårligere behandlere, og pasientene, både de som er syke og de som skulker, ville foretrukket leger som gir behandling. Den asymmetriske informasjonen oppstår fordi legen ikke kan skille en skulker fra en som er virkelig syk. De konkluderer med at valget mellom det å jobbe og det å bli sykmeldt, i stor grad er pasientens valg. På bakgrunn av fokusgruppeintervjuer med norske leger konkluderer de med at det vanligvis er slik at korte sykmeldinger innvilges når pasienten ønsker det, mens lengre sykmeldinger innvilges dersom pasienten fortsatt ønsker det etter å ha diskutert med legen.

En norsk artikkel ser nærmere på rollekonflikten legen opplever i sykmeldingssituasjonen (Gulbrandsen et al., 2007). Forskerne har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse blant over 300 allmennleger. De grupperer legene i fire forskjellige grupper. Leger som ikke syntes sykmelding var en byrde, var lite i tvil, syntes de var strenge og hadde høy kompetanse (12%). En annen like stor gruppe var helt motsatt. En tredje gruppe på 32 % av legene var tydeligst karakterisert ved at de mente sykmelding var relevant bare ved biomedisinsk veldefinerte tilstander, mens den fjerde gruppen som utgjør de 44 % som representerer det store gjennomsnittet. På tross av disse forskjellene finner de ingen systematisk variasjon mellom gruppene når det gjelder antall sykmeldinger per uke. De identifiserer altså ikke noe samsvar mellom holdninger til sykefraværarbeid og egenvurdert kompetanse og sykmeldingstilbøyeligheten. Dette er også i tråd med funn fra et tidlig arbeid fra Norge (Tellnes et al., 1990).

Om vi forsøker å sammenlikne dette med funn fra andre land, finner vi en studie som viser at over halvparten av allmennlegene som var med i en studie (N=878) i Storbritannia, svarte at det at pasienten spurte om sykmelding, ikke påvirket beslutningen om å gi en sykmelding (Wynne-Jones et al., 2010). De henviser videre til en annen artikkel som også fant at pasientens etterspørsel etter sykmelding ikke hadde effekt på beslutningen om å skrive ut sykmelding (Cambell & Ogden, 2006).

En annen studie finner at basert på tilbakemeldinger på casebeskrivelser (vignetter) fra hhv 216 og 171 leger fra Polen og Norge, finner de at legene i Polen gir lenger sykmeldingsperiode enn de norske (Halvorsen et al., 2011).

En studie referert til tidligere i rapporten (Brage et al., 2011), konkluderer også med at det ikke er noen endring i bruk av gradering rundt de lovbestemte oppfølgingstidspunktene.

## 5.2.2 Legens vurdering av funksjonsevne/arbeidsevne

Fra 1. mai 2002 ble sykmeldingsattesten endret til å inkludere et felt der legene skulle vurdere den sykmeldtes funksjonsevne (forenklet funksjonsvurdering). Her skulle legen svare på spørsmål om hvorvidt pasienten antas å kunne gjenoppta nåværende arbeid, om pasienten trenger tilrettelagt arbeid eller annet arbeid, hvilke arbeidsoppgaver pasienten ikke bør utføre eller utsettes for, og forhold som berører arbeidsmiljø. Disse opplysningene skulle besvares innen fire uker etter at pasienten ble sykmeldt.

Det var store forventninger knyttet til denne endringen, og særlig til at legen nå kunne gi innspill til dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om hva arbeidstakeren kan utføre av arbeid på tross av sykdom. Dette skulle være legenes bidrag til et inkluderende arbeidsliv. Det ble også presisert fra legeforeningen at dette ikke skulle gi merarbeid for legen. Samtidig hadde studier gjennomført på 80 og 90-tallet allerede vist at legene synes det var vanskelig å vurdere funksjonsevne og arbeidsevne, se Krohne & Brage (2008).

I 2003 møttes Legeforeningen og Rikstrykdeverket fordi tallene viste at bare 35 prosent av legene fylte ut funksjonsvurderingen. Forklaringen fra legene var blant annet at de var skeptisk i forhold til om opplysningene i det hele tatt ble brukt, fordi de hadde dårlig erfaring med hva utfyllingen av åtte-ukers sykmeldingsskjema ble brukt til. Det ble også påpekt at funksjonsvurderingen er mer komplisert enn å sette et kryss i et skjema, og at legene er pasientenes advokat og taushetsplikten vil da i noen tilfeller kunne være et hinder for at funksjonsvurderingen fylles ut.

En norsk studie har gjennom fire fokusgruppeintervju med 23 leger gjennomført i 2003/2004, sett på holdninger blant norske allmennleger til vurdering av funksjonsevne i forhold til sykmeldingspraksis (Krohne & Brage, 2008). De fant at funksjonsevne er et komplekst og interaktivt begrep som spenner over følgende hovedområder: fysisk, psykisk og sosial fungering. Dette skal så relateres til pasientens evne til å møte jobbkravene. Legene opplever at de har lite kunnskap om hvilke faktiske arbeidsoppgaver pasienten har, og dette kan være en barriere både i forhold til motivasjon og mulighet til å vurdere funksjonsevne. I tillegg fant de at kravet om diagnose før å få sykepenger også var forstyrrende i forhold til å skulle gjøre funksjonsvurderinger. Samtidig var legene tydelig på at deres oppgave var å gi ekspertuttalelser om medisinske forhold. Vurdering av arbeidsrelatert funksjonsevne falt utenfor deres kompetanseområde, samtidig som de vurderte andre behandlere som bedriftshelsetjeneste eller fysioterapeuter som mer kompetent til å vurdere hvordan pasientens funksjonsnivå påvirket arbeidsproduktiviteten. De konkluderer med at det relasjonelle aspektet av funksjon og fungering fortsatt er et stort praktisk dilemma i utskrivning av sykmeldinger.

En norsk artikkel fra 2000 fant at arbeidsevnen i stor grad ble vurdert likt av lege og pasient (Reiso et al., 2000). Der fant de at enigheten var høy selv om pasienten vurderte ut fra hva som krevdes på jobben og legen ut fra medisinske forhold. En annen artikkel som så på fastlegens evne til å vurdere hvor lenge sykefraværet kom til å vare, konkluderte med at det er bedre å spørre pasienten selv (Fleten et al., 2003). En undersøkelse fra New Zealand konkluderte derimot med at selv om legene lar

pasientene gi input til sykmeldingsprosessen, er det usikkert om dette hjelper eller hindrer at pasienten kommer tilbake til jobb (Wrapson et al., 2011).

En nyere svensk studie basert på en nasjonal spørreundersøkelse blant over 2500 leger, viser at over halvparten av legene fant det vanskelig å håndtere sykmeldinger en gang i uken, mens en av fire rapporterte om at pasientene ville ha sykmelding for noe annet enn reduksjon i arbeidsevne som skyldes medisinske forhold (Engblom et al., 2011). Det som var vanskelig var vurdering av arbeidskapasitet, å anslå varighet, håndtering av situasjoner der pasienten og legen var uenige om behovet for sykmelding og dilemmaet mellom rollen som pasientens advokat og portvakt for sykelønnsordningen. De konkluderer med at en majoritet av legene mener sykmelding er problematisk og at det fortsatt er manglende muligheter for å utvikle, opprettholde og praktisere profesjonalitet i forhold til sykmeldinger.

Det er også et spørsmål om opplæring av legene vil gjøre de bedre i stand til å sykmelde. En av få randomiserte kontrollerte forsøk i denne litteraturen, viser effekt av en relativ liten intervensjon med en endags workshop som inkluderte teamarbeid og rollespill rundt dette med strukturerte funksjonsvurderinger (Østerås et al., 2010). Metoden skulle anvendes på ti personer med langtidsfravær etter visse inklusjonskriterier og 57 fastleger ble randomisert til intervensjon eller kontrollgruppen. De konkluderte med at intervensjonsgruppen brukte graderte sykmeldinger oftere og aktive sykmeldinger sjeldnere, men det ble ikke funnet noen effekt på varigheten av sykmeldingsepisodene eller på henvisning til yrkesrettet atferd.

### 5.2.3 Endret sykmeldingsadferd etter regelendringer

Flere har sett på effekten av endringene i reglene, og generelt på legers sykemeldingspraksis. Analyser gjort av RTV/NAV (RTV-rapport nr. 05/2006, RTV-rapport nr. 06/2006 og NAV-rapport 3/2007 –Kann og Brage, 2007) viser at endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 påvirket fastlegenes sykmeldingspraksis i betydelig grad. De fant at legene sykmeldte færre pasienter, friskmeldte pasientene tidligere og økte bruken av graderte sykepengen. Endringene i deres praksis i hvor raskt pasientene ble friskmeldt (dvs. kortere sykmeldinger) kom samtidig som regelendringene, mens endringene i antall fravær og graderte sykepengen kom mer gradvis og startet tidligere på året. Gjennom hele år 2004 var det en betydelig økning i bruken av graderte sykepengen. Senere er det funnet at de sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeidslivet, nettopp fordi langvarig sykefravær gir økt risiko for å falle ut av arbeidslivet. Legene selv rapporterer også om økt bruk av graderte sykepengen etter 1. juli 2004. En av fire leger skrev ut kortere sykefravær, og en av fem skrev ut færre sykmeldinger og hadde mer kontakt med arbeidsgiverne til sine pasienter.

Gjennom analyser av registerdata er det funnet at denne reformen førte til en reduksjon i sykefraværet på rundt 20 prosent (Markussen, 2009). Reduksjon i antall tilfeller beregnes å forårsake 1/3 av endringen, mens 2/3 skyldes redusert varighet på sykefraværstilfellene. De sykmeldte kom derfor tidligere tilbake til jobb enn før. Nedgangen i antall tilfeller kommer noen måneder før selve regelendringen, og forfatteren forklarer dette med det fokuset som var på det høye sykefraværet på den tiden, og tolker dette også som en reformeffekt. Reduksjonen i sykefraværet som følge av regelendringene finnes i liten grad å variere mellom aldersgrupper eller mellom arbeidstakere med ulik

tilknytning til arbeidslivet. Forfatteren konkluderer med at legen har en viktig portvaktrolle, og at denne funksjonen kan påvirkes av sentrale retningslinjer. Strengere overvåkning kan gjøre det mulig å opprettholde en mer sjenerøs sykelønnsordning uten økt moral hazard. Reformen som styrker forhandlingsstyrken til legen, ved å tvinge legen til å utføre medisinske vurderinger og skrive ut delvis sykmelding når det er hensiktsmessig, ser derfor ut til å være en fruktbar måte å redusere sykefraværet på i et sjenerøst velferdssystem ifølge forfatteren.

Etter regelendringene, høsten/vinteren 2004/2005 ble det også gjennomført et fagutviklingsprogram for allmennleger. Programmet het "Legen i det inkluderende arbeidsliv", eller Legeprogrammet, og var et samarbeid mellom trygdeetaten og legeforeningen for å påvirke legers sykmeldingspraksis (RTV-rapport 06/2006). Legene skulle utvikles til i større grad å bidra til aktivitet fremfor passivitet og til å motivere arbeidstakere og arbeidsgivere til å finne alternativer til sykefravær. Et viktig mål med programmet var å øke kvaliteten av legens arbeid med bedre vurderinger og samhandling. Programmet ble organisert på fylkesnivå og besto av tre deler: Samling 1 (hel dag) og samling 2 (hel dag) på 60 steder i landet med representanter for Rikstrygdeverket og Legeforeningen. Mellom disse samlingene kunne legene delta i tre mellomaktiviteter, hvert på ca tre timer, med besøk på arbeidsplasser og trygdekontor. Deltakelse gav kurspoeng for legene, noe som har vært viktig for å opprettholde spesialitetsstatus (RTV-rapport 06/2006). Slik vi forstår det har nærmere halvparten av legene deltatt på den første samlingen og aktørene har vært positive til opplegget i en evaluering som ble gjort før programmet var helt avsluttet (Moland, 2005). RTV har undersøkt om deltakelse i legeprogrammet påvirket legenes sykmeldingspraksis i form av antall utskreven sykefravær, varighet og bruk av graderte sykepenger. De fant få forskjeller mellom leger som var med i programmet og de som ikke var med, men det var sterk reduksjon i antall sykmeldinger for begge grupper. Det er mulig at et så stort program kan ha påvirket praksisen til også de som ikke deltok i programmet (invitasjon til alle, mye diskusjon på legesentrene osv) og at seleksjonseffekter i forhold til hvem som deltok i programmet ikke er tatt hensyn til i analysene (RTV-rapport 06/2006). Selv om det ikke er slike umiddelbare effekter av legeprogrammet på sykmeldingspraksisen er det naturlig å tro at de som deltok har blitt mer bevisst sin sykmeldingsatferd (Moland, 2005).

Etter gjennomføring av dette programmet ble NAV og Legeforeningen enige om at programmet har skapt samarbeidsrelasjoner mellom fastlegene og trygdekontorene som det er viktig å ivareta og videreutvikle. Det ble derfor utgitt en bok som hjelpemiddel for å utvikle et strukturert og kontinuerlig samarbeide mellom fastlegene, arbeidsmedisinere og NAV-kontorene på IA-området. Boka gir blant annet veiledning i gjennomføring av møter mellom Allmennlegeutvalg og lokale NAV-ledere, inneholder ni forskjellige temaer med innledninger og kasuistikker til diskusjon, valgt ut av allmennleger, Legeforeningen og NAV. Disse innledningene er utarbeidet som innspill til diskusjon. Denne boka er trykket i store opplag (første opplag på 10 000 eksemplarer) og det er naturlig at dette prosjektet har påvirket i alle fall samarbeidet mellom legene og NAV. I tillegg vil det være rart om det ikke har påvirket bevisstheten rundt sykmeldingspraksis.

Også andre lands regelendringer har blitt studert nærmere, blant annet endringen i Danmark om kommunens oppfølging av sykepengesaker 1. juli 2005 (Damgaard og Boll, 2007). Endringen hadde som formål å øke fokuset på arbeidet med oppfølgingen av sykemeldte, og begrunnelsen for regelendringen var også der blant annet at det var viktig med tett oppfølging, da den sykemeldte kan stå i fare for å falle ut av arbeidslivet. Regelendringen førte til mer systematisk saksbehandling i form



av blant annet nye oppfølgingsregler, en kategorisering av sykemeldte, økt koordinering med leger og virksomheter med mer. Formålet med undersøkelsen som presenteres er å se hvordan det har gått ett år etter regelendringen. Metoden som ble benyttet var en kvalitativ prosessevaluering med 54 semistrukturerte intervjuer, valgt ut fra fem forskjellige casekommuner. Leger, kommuneleger, ledere i kommunen, saksbehandlere og virksomhetsledere var informanter. De finner blant annet at det er en klar endring saksbehandling av sykemeldingssaker. Det har blitt økt fokus på å imøtekomme de nye oppfølgingsreglene, men lite har skjedd i forhold til kommunens samarbeid med andre aktører. Kommunen har ikke inntatt den koordinerende rollen i sykefraværsoppfølgingen som reglene legger opp til. Studien viser også at regelendringen har ført til økt bruk av gradering. Leger, saksbehandlere og virksomheter uttrykker seg positivt om gradert sykemelding. Et annet resultat er at mange uttrykker misnøye med at regelendringen har gitt administrativ merbelastning, og flere uttrykker at oppfølgingen påbegynnes for tidlig (etter første oppfølgingsamtale), når de uansett kommer tilbake til jobb etter dette.

Fordi det lenge har vært kjent at allmennlegene synes sykmeldingsoppgavene er vanskelige og kanskje også så vanskelig at det er et arbeidsmiljøproblem for legene (Swartling et al., 2007), er det flere steder utviklet retningslinjer/anbefalinger for varigheten på et sykefraværstilfelle etter diagnose. I Storbritannia ble det innført retningslinjer i 2002 og disse ble oppdatert i 2010, mens det i USA har eksistert slike retningslinjer i mange år (Skånér et al., 2011). I Sverige ble anbefalinger for varighet for de mest vanlige sykefraværsmeldingene innført i 2007, og de oppdateres stadig. Basert på svar på spørreundersøkelse fra over 4000 leger i 2008, er det funnet at majoriteten av legene (76%) benytter disse anbefalingene. 65% svarer at retningslinjene har forenklet kontakten med pasientene mens 43 % sier dette forenkler kontakten med trygdemyndighetene. Retningslinjene er også funnet å hjelpe nesten hver tredje allmennlege til å utvikle kompetansen sin og forbedre kvaliteten på sykmeldingskonsultasjonene. Halvparten av legene rapporterte om noen problemer som oppsto i bruken av anbefalingene og 44 % ønsket seg bedre kompetanse i bruken av anbefalingene. Konklusjonen var at allerede etter ett år, var det mange leger som bruker anbefalingene og har nytte av de i kontakt med pasienten og utviklingen av egen kompetanse.

I april 2010 ble «sick-note» endret til «fit-note» i Storbritannia. Det er ennå for tidlig å vite noe om effekten av denne endringen, men bakgrunnen var det samme som har vært sagt i flere år i Norge – arbeid er sunt. Det argumenteres med at å ha et langt sykefravær kan føre til at man mister jobben, blir isolert, mister selvtillit, kan få psykiske plager, forringet kompetanse og sosial ekskludering. Den nye "fit-note", eller egnethet-meldingen, skal vise om pasienten er syk og helt uegnet til å arbeide eller om arbeidsgiveren kan gjøre tilpasninger slik at de kan komme tilbake tidligere.

En evaluering av denne endringen har vist at "The Statement of Fitness for Work", "fit-noten", har blitt et konsultasjonsverktøy som allmennlegen bruker i forhandlinger med pasienten om mulighet for å komme tilbake til jobb (Fylan et al., 2011). Legene bruker også denne for å vise at tilbakeføring til arbeid er diskutert, og brukt som veiledning underveis i prosessen. De legene som har vært fornøyd med den nye ordningen, sier de synes det er viktig at pasienten kommer tilbake i ordinært arbeid, og de mente det tidligere systemet var ineffektivt. De legene som var negative til endringen argumenterte med at det ikke ville endre utfallet for pasientene eller i sykmeldingspraksis. "Fit-note" ble vurdert å være mest effektiv hos for eksempel ME-pasienter (Myalgic Encephalopathy), pasienter med milde og moderate psykiske tilstander og muskel-skjelett tilstander. Legene var mindre trygge når de skulle fylle

ut hva som kunne gjøres på arbeidsplassen. Detaljeringsnivået på hva de skal melde er det også mange som er usikker på. Barrierene for suksess med «fit-note» var konflikter, pasientforholdet, pasientens alder og lokal økonomi og arbeidsmarkedsforhold. De finner også at legen synes det er vanskelig å prøve å få den sykmeldte til komme tilbake til jobb dersom de mener jobben bidrar negativt til helsetilstanden. Bruk av «fit-note» er også begrenset om legen ikke får noen tilbakemelding på nytten av rådene som gis. Mange allmennleger mener at det å motivere pasientene til å komme tilbake til jobb, er en del av legens rolle og "fit-note" hjelper dem i dette arbeidet. Noen synes også de kunne hatt en strengere rolle i forhold til sine pasienter.

Tradisjonelt har det vært legen som har hatt anledning til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde) i henhold til folketrygdloven § 8-7. Et unntak har vært at tannleger kan sykmelde i forbindelse med arbeidsuførhet på grunn av tannbehandling eller sykdom i munn og kjeve. 1. januar 2006 fikk kiropraktorer og manuellterapeuter, på spesielle betingelser, også mulighet til å sykmelde (Damberg, 2009). I Telemark og Akershus pågår det nå et treårig forsøk hvor også psykologer kan dokumentere arbeidsuførhet, men kun ved sykdom og skade som har direkte sammenheng med psykiske lidelser. Om disse endringene påvirker sykefraværet på noen måte, er foreløpig ikke nærmere undersøkt så vidt vi kjenner til.

#### **5.2.4 Holdninger til sykmelderrollen og dialog med pasienter og arbeidsgivere**

I 2010 ble det gjennomført en systematisk gjennomgang av internasjonal forskning på hvordan legene opplever sykmelderrollen (Wynne-Jones et al., 2010). Tre hovedtema ble identifisert: konflikt, rolleansvar og barrierer for god praksis. De mest vanlige konfliktene var mellom pasient og lege, men også mellom leger og andre aktører. Rolleansvar handlet om motstridende ansvarsområder særlig knyttet til portvaktrollen for folketrygden. Barrierene for god praksis ble knyttet til administrasjon rundt sykmeldte og sykelønnsordningen.

En svensk undersøkelse der de intervjuet 26 leger i fokusgruppeintervju i 2004 (Von Knorring et al., 2008), fant derimot fire problemområder: A) samfunnet og trygdeordningene B) måten helsetjenestene er organisert på C) hvordan andre aktører i systemet handler D) egen arbeidssituasjon. Under hver av disse er det mange underpunkt, og denne artikkelen viser hvor komplekse disse sammenhengene er når en går mer i dybden enn det for eksempel registerdataanalyser kan gjøre.

Det kan også tenkes at utfallet av en potensiell sykmeldingssituasjon blir forskjellig avhengig av hvordan lege og pasient kommuniserer med hverandre. Det finnes en rik litteratur om kommunikasjon og interaksjon mellom lege og pasient. Ofte kommer legene dårlig ut i undersøkelser av hvordan pasienter opplever at de kommuniserer (Levinson & Pizzo, 2011; Kurtz, 2002). I følge Asnani (2009) har ikke kommunikasjon og kommunikasjonsevner tradisjonelt vært sett på som del av det formelle pensum i legeutdanningen, men noe som i større eller mindre grad heller har blitt diskutert gjennom veiledning i studentens praksisperioder. Nå er imidlertid trenden at flere og flere universiteter tilbyr egne kurs i pasientkommunikasjon (ibid). Kurtz (2002) har sett på en rekke studier som viser at bedre kommunikasjon bedrer både pasienttilfredshet og klinisk resultat, og at gode kommunikasjonsevner er noe som kan læres.

Evalueringen av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel som Fafo fullførte på slutten av 2011, viste at selv om ordningen med avventende sykmelding er lite brukt, vurderes det å være et potensiale for økt bruk (Bråthen og Moland, 2011). Spørreundersøkelsen som ble gjennomført viste at kommunikasjonsfeltene i sykmeldingsblanketten også er lite brukt, men at alle aktører ønsker en økning i kommunikasjon gjennom blanketten. Evalueringen foreslår å øke informasjonsmengden til alle aktører og gi opplæringstiltak for legene i tillegg til at NAV må etterspørre bruk av kommunikasjonsfeltene, og at positive kommunikasjonsløyper må erstatte dagens negative sløyfer. Evalueringen sier, så vidt vi kan se, ingenting om hvor stort potensialet er og hvor mye dette kan bety i oppfølgingen av den enkelte sykmeldte.

## 5.3 Arbeidsgivers forventninger til lege/sykmelder

Ut i fra de mange intervjuene vi har hatt med arbeidsgiverne, kan vi dele opp tema de er opptatt når de snakker om legene i følgende punkter:

- Involvering av legen i oppfølgingen av sykmeldte
- Legens kunnskap om virksomheten eller bransjen
- Legers sykmeldingspraksis
- Behov for kontakt og arena mellom arbeidsgiver og lege
- Legen må sette krav til pasientene
- Legers taushetsplikt
- Kommunikasjonsutfordringer

Datagrunnlaget kommer fra intervjuer og spørreskjemaundersøkelser blant virksomheter, se vedlegg I for mer detaljert beskrivelse av datagrunnlaget. Totalt har vi i denne delen av prosjektet intervjuet 114 ledere, der 26 personer fra HR/personal, 52 er operative ledere/avdelingsledere og 36 er daglige ledere/virksomhetsledere.

### 5.3.1 Hvor involvert er legen i oppfølgingen av sykmeldte?

Gjennom mange intervjuer finner vi at arbeidsgiverne generelt har store og ofte urealistiske forventninger til kommunikasjon med legen til den sykmeldte. Mange arbeidsgivere mener de må kunne ta kontakt med legen når et sykefravær oppstår, og de vil gjerne ha direktenummeret eller epostadressen til legen for alle sine ansatte. Ofte vil de ha kontakt for å fortelle legen hva vedkommende kan gjøre i deres virksomhet uten å bli sykmeldt, hvorfor de bør ha gradert sykmelding heller enn full sykmelding, eller omvendt. Andre ganger kan det være fordi de ønsker å fortelle legen at den ansatte ikke burde vært sykmeldt i det hele tatt, og at legen har gjort en feilvurdering.

De aller fleste arbeidsgivere har lite eller ingen kontakt med legene. En respondent svarer ganske typisk slik på spørsmålet om de har kontakt med legene:

*"Nei, ingenting. Det er et papir mellom oss og legene, og det er den sykmeldinga som den ansatte kommer med, det er den eneste." (Adm. dir i Hotell)*

Både i 2008 og i 2011 har vi gjennomført spørreundersøkelser blant et utvalg virksomheter (se vedlegg I). Vi har begge gangene bedt ledelsen i virksomhetene om ta stilling til følgende påstand: "Lege/sykmelder er ikke involvert som de burde".

Formuleringen av påstanden er gjort ut fra at det var svært mange som sa dette i intervjuene vi gjennomførte, og vi ville kartlegge dette gjennom spørreundersøkelsen.

**Tabell 5.1 Fordeling enig/uenig i påstand: Lege/sykmelder er ikke involvert som de burde.**

	2008/2009	2011/2012
Helt uenig	3	5
Delvis uenig	9	9
Verken eller	20	21
Delvis enig	34	35
Helt enig	34	30
Totalt	100	100
Antall ledere som har svart	2 265	1 573

Dette betyr at de to utvalgene (delvis de samme virksomhetene) er svært lik i fordelingen av de som er enig og uenig. Nærmere to av tre virksomheter (hhv 68 og 65 prosent) svarer at de er helt eller delvis enig i at lege/sykmelder er ikke involvert som de burde i arbeidet med oppfølgingen av sykmeldte. Det ser dermed ikke ut til å være umiddelbare store endringer i forhold til regelendringene 1. juli 2011 som legger opp til at legene i større grad skal involveres i arbeidet med oppfølging av enkeltpersoner som blir sykmeldte.

Det er ikke systematiske forskjeller i svarene til lederne verken etter sektor eller næring. Vi finner derimot ganske tydelige forskjeller mellom små og store virksomheter ved at det er systematisk slik at sannsynligheten for å være enig i denne påstanden stiger med størrelsen på virksomheten. Dette betyr sannsynligvis at store virksomheter forventer at legen involveres mer enn små virksomheter forventer, og ikke at legene prioriterer små arbeidsgivere høyest. Større virksomheter vil også ha hyppigere utfordringer med sykmeldte fordi de har flere ansatte.

Forskjellene mellom virksomheter av ulike størrelser består når vi kontrollerer for sektor og næring. Det er særlig lagt opp til at legene skal delta på dialogmøte 1 som avholdes senest etter syv ukers sykmelding i regi av arbeidsgiver.

Vi har i den forbindelse også spurt ledelsen i virksomhetene om de mener at de nye reglene innført 1. juli 2011 har ført til en bedre dialog mellom virksomheten og lege/sykmelder. Det er stor spredning i svarene, der om lag 35 prosent er helt eller delvis enig, og 26 prosent er helt eller delvis uenig. 40 prosent svarer verken/verken eller og vet ikke. Det er over 2000 virksomheter som har svart på spørreskjemaet, og dersom de over 200 som ikke har svart på dette spørsmålet heller ikke har noen mening, kan det se ut som nærmere halvparten av respondentene ikke har noen formening om dette.

Dette er naturlig fordi reglene ikke har virket i mer enn et halvt år og mange har ikke erfaringer med dette ennå.

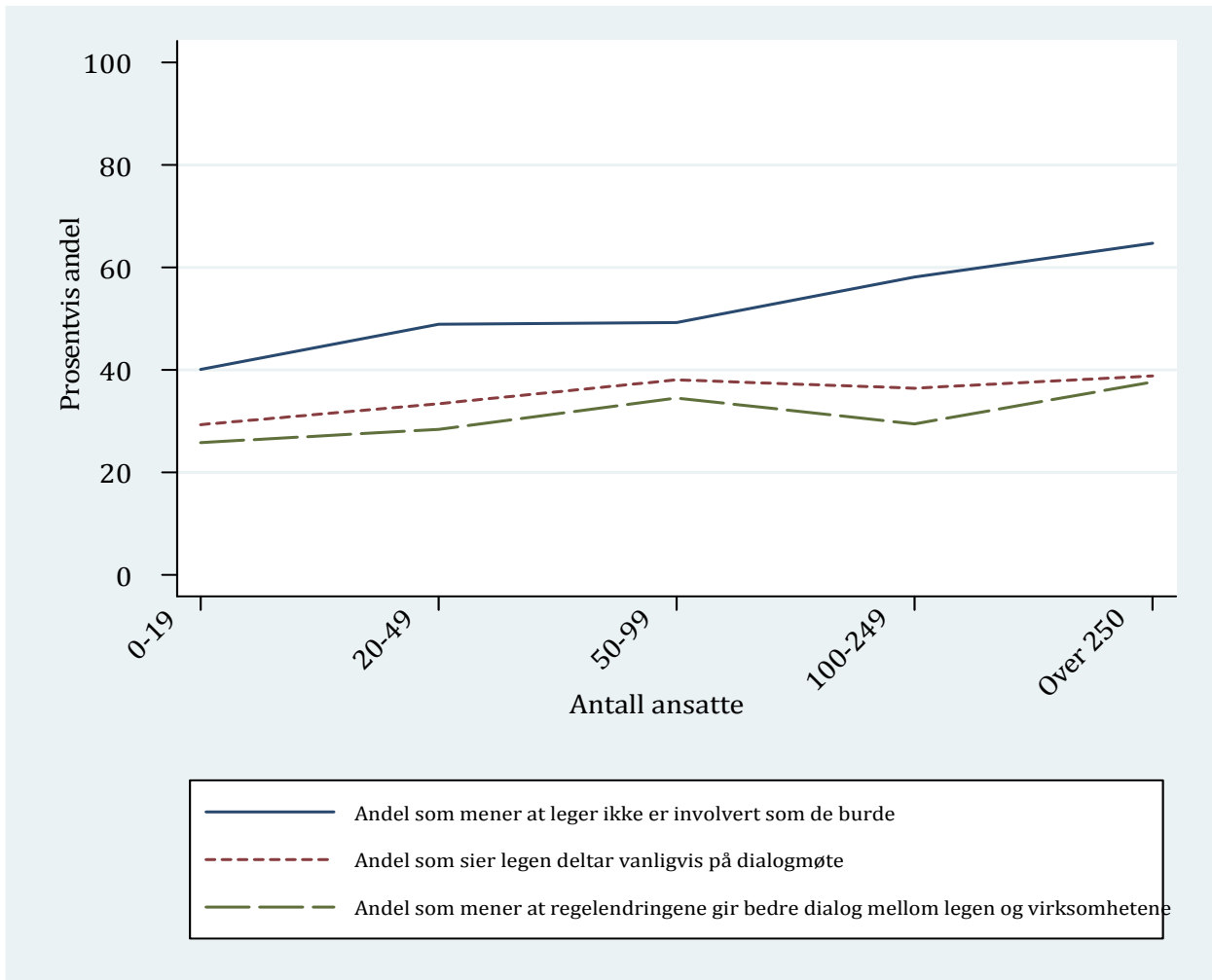
**Tabell 5.2 Fordeling enig/uenig i påstand: De nye reglene har ført til en bedre dialog mellom virksomheten og lege/sykmelder.**

	Totalt	Andel
Helt uenig	255	14
Delvis uenig	222	12
Verken/ eller	501	28
Delvis enig	442	25
Helt enig	172	10
Vet ikke	212	12
Totalt	1 804	100

Vi har også spurt om hvem som vanligvis deltar på dialogmøte én, og blant de 2062 virksomhetslederene som har svart, er det 34 prosent av virksomhetene som svarer at legen vanligvis er med i dialogmøte 1. Hvordan dette fordeler seg i forhold til andel av pliktige dialogmøter, vil NAV etter hvert kunne svare på. Om vi ser på fordelingen bare blant de som har svart, er det 54 prosent av virksomhetene som svarer at lege/sykmelder vanligvis deltar på dialogmøte 1. Som vi har beskrevet på slutten av kapittel 3, er dette et skjevt utvalg av virksomheter fordi det er bare virksomheter som hadde IA-avtale i 2009.

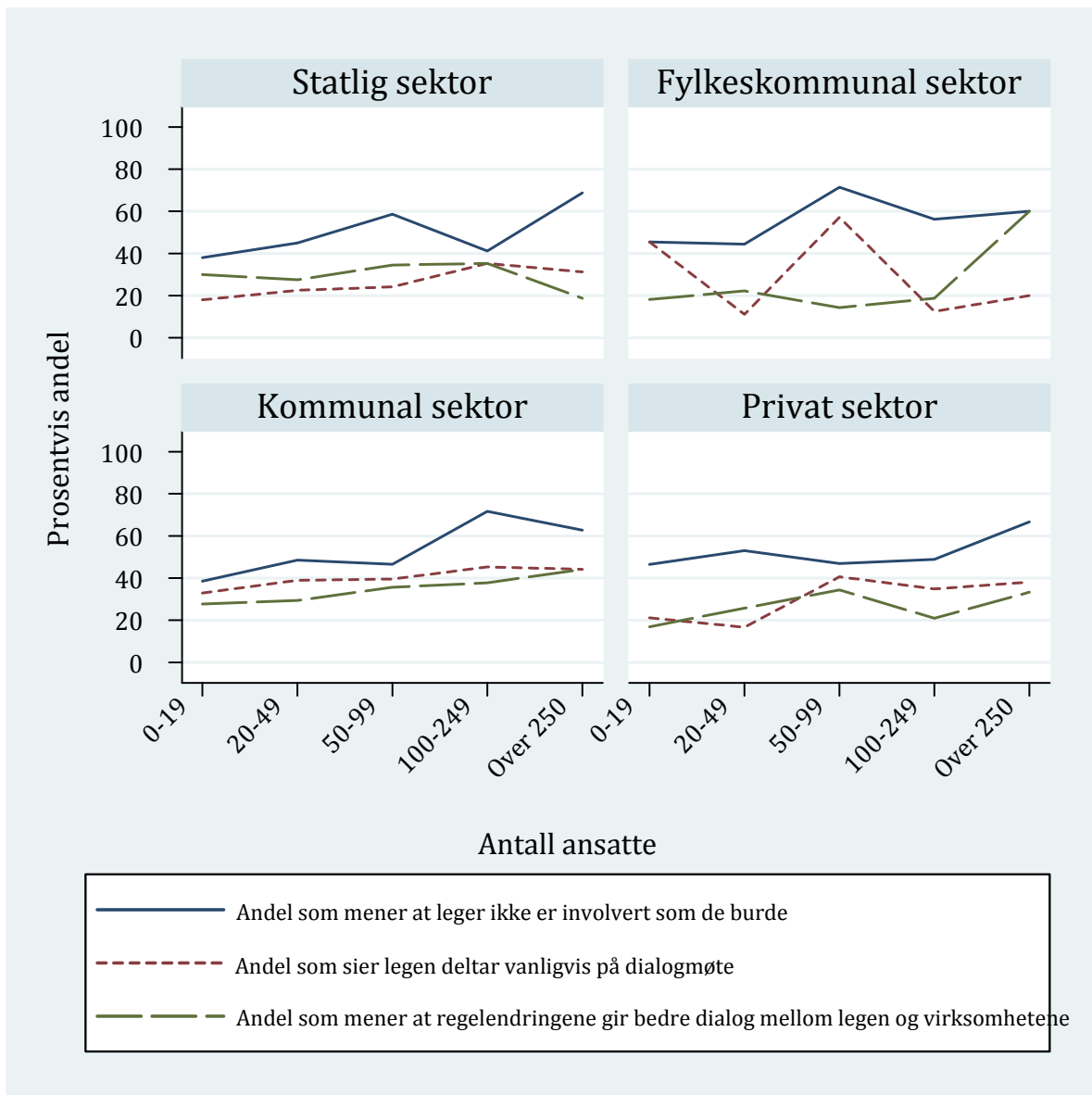
**Tabell 5.3 Deltar lege/sykmelder vanligvis i dialogmøte 1?**

	Antall	Andel
Nei	591	29
Ja	695	34
Vet ikke /missing	776	38
Totalt	2 062	100



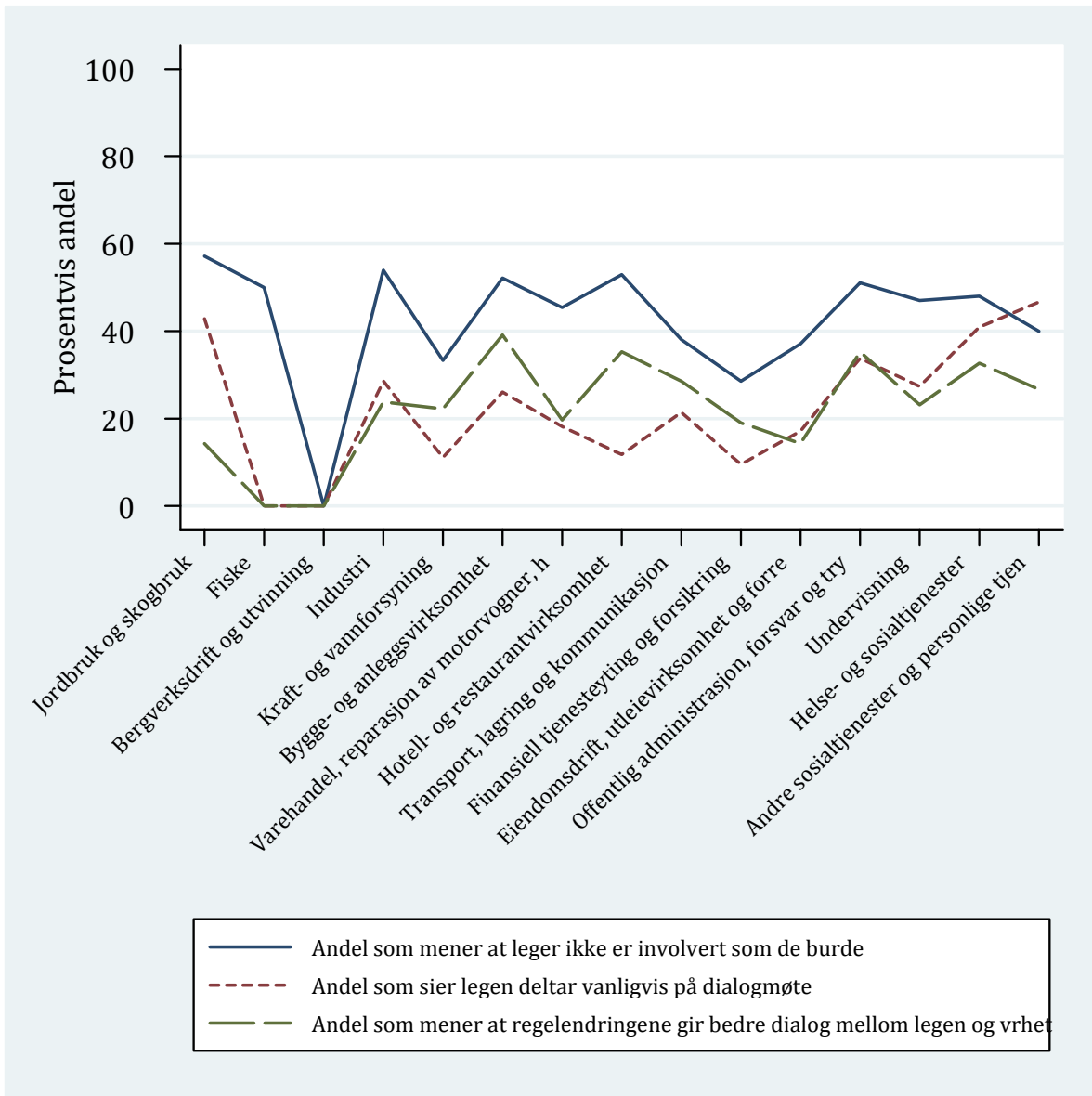
**Figur 5.1 Andel av virksomhetene der legen ikke er involvert, deltakelse på dialogmøte og forventninger om bedre dialog etter størrelse på virksomheten, 2011/2012.**

Ut fra denne figuren kan vi si at det er en større andel av de store virksomhetene som mener at legene ikke er involvert som de burde i sykefraværsoppfølgingen, og det ser ut til at legene vanligvis deltar på dialogmøte i større grad i store virksomheter enn i små virksomheter. Det ser også ut til å være slik at ledere i store virksomheter i større grad forventer at regelendringene gir bedre dialog mellom legen og virksomhetene. Sammenhengene er ikke-lineære. I neste figur ser vi på det samme, men da deler vi virksomhetene inn etter sektortilhørighet.



**Figur 5.2 Andel av virksomhetene der legen ikke er involvert, deltakelse på dialogmøte og forventninger om bedre dialog etter størrelse på virksomheten og etter sektor, 2011/2012.**

Andel virksomheter som mener leger ikke er involvert som de burde i sykefraværsoppfølging, stiger med størrelsen på virksomhetene i alle sektorer, men ikke lineært. Utvalget er lite på fylkeskommunale enheter (70 virksomheter). Den samme tendensen ser vi i forhold til de andre indikatorene. Til slutt ser vi på hvordan dette fordeler seg på næringer.



**Figur 5.3 Andel av virksomhetene der legen ikke er involvert, deltakelse på dialogmøte og forventninger om bedre dialog etter hovednæring, 2011/2012.**

Denne figuren viser at forventninger til involvering varierer mellom næringer, og det ser ut som legene er mest involvert i dialogmøtene i de store offentlige næringsgruppene som offentlig administrasjon, undervisning og helse- og sosialtjenester. Det er få virksomheter innen fiske, bergverksdrift og utvinning i utvalget, så de bør ikke vektlegges i særlig grad.



### 5.3.2 Legens kunnskap om virksomheten eller bransjen

Svært ofte hører vi fra ledere at leger sykmelder for ofte og for lenge. Dette henger gjerne sammen med at de mener legene har for lav kompetanse om virksomheten eller bransjen:

*"Jeg er litt redd for at når noen leger vurderer sykmelding for de som jobber i et renholdsfirma, så er det lett å sykmelde fordi de tror det sikkert er en tøff jobb. Men i utgangspunktet så er det kanskje ikke det, hvis man tenker det er en sunn jobb, du er i bevegelse." (BHT, renholdsfirma).*

En annen leder konkluderer på følgende måte:

*"Hvordan skal en lege kunne vurdere arbeidssituasjonen hos oss når ikke de har vært hos oss? De aner ikke hva vi driver med." (Adm. dir i mekanisk verksted).*

Noen har store krav til legens kunnskap om virksomheten:

*"Nei, jeg ser jo ikke annet enn at det i en tett dialog mellom bedriftene og legene må ligge litt forpliktelse, og sette seg inn i hva de forskjellige yrkene innebærer. Det er jo sikkert litt vanskelig, men skal de klare å vurdere ting i forhold til arbeidsevne og slike ting, bør de ha kjennskap til hva arbeidet går ut på. Pr. i dag er jo informasjonen fra pasienten eller kunden (Trafikksjef, transportselskap)*

På oppfølgingsspørsmål om det er realistisk at de skal kunne oppnå denne kunnskapen er svaret fra vedkommende entydig ja. Andre trekker frem at det er stor variasjon i hvor godt legene kjenner de ulike virksomhetene:

*"Det er forskjell fra lege til lege. Noen bare signerer sykemelding og er ferdig, noen er mer restriktiv og stiller spørsmål. Så det varierer fra område til området. Det skiller mye." (Adm. dir, mekanisk verksted).*

Andre arbeidsgivere viser også forståelse for at det er vanskelig for legen å ha mye kunnskap om de enkelte virksomhetene for å kunne gjøre gode vurderinger av arbeidsevne og behovet for sykmeldinger:

*"Sånn i utgangspunktet så høres det helt håpløst ut at legen må sette seg inn i.. hvis du er fastlege med 100 kunder, som skal ha peiling på hva den enkelte, den enkeltes jobbsituasjon. Da må eventuelt alle i [virksomheten] ha samme fastlege, og det er ikke sånn det fungerer." (Adm.dir, Hotell)*

En leder i en kommune er inne på det samme, og sier at omfanget av sykmeldinger gjør at arbeidsplassen ikke kan vurderes i særlig grad:

*"Legen sitter med to tusen sykemeldinger i året. Jeg fikk lurt til meg noe statistikk som viste det, men det er i forhold til praksisstørrelse og en del sånne ting. Hvor mange sykemeldinger er det? Hvilken vurdering tar du i forhold til arbeidsplassen?" (Personalsjef, mellomstor kommune).*

Trafikksjefen for et transportselskap gir et eksempel på han synes legen mangler av kunnskap om jobben til den sykmeldte:

*"De har jo faktisk friskmeldt folk, leger jeg har vært borti, som har hatt infarkt. Som ikke har kjøreseddel, men de har friskmeldt dem likevel. Der har vi gjort dem oppmerksom på at dette er en sjåførjobb, de får ikke utføre jobben før de har kjøreseddelen." (Trafikksjef, transportselskap)*

Flere er inne på at det kanskje er bedriftshelsetjenesten som har best forutsetninger for å delta på dialogmøter:

*"... per i dag ser jeg ikke helt den biten at legen skal være med på et sånt dialogmøte eller.. eller hvordan han skal.. hva det hjelper at han har kjennskap til bedriften? Altså er du sliten i skuldrene eller brekt foten, så er det det som status uansett hvor du jobber hen. Og da har jeg heller tro på å dra inn bedriftshelsetjenesten, som en helt ekstern part, som både har tid og kunnskap om bedriften. Men pr. i dag så er det bedriftshelsetjenesten som burde vært med på dialogmøte og hadde hatt den legerollen, for å si det sånn." (Adm. dir i Hotell)*

En leder fra en industrivirksomhet sier det slik:

*"Legen har ikke peiling... Men det kan du ikke forvente heller". (Adm.dir, industrivirksomhet)*

Det er ingen som svarer at legen har god kunnskap om virksomheten eller sektoren, og dette er i tråd med det som har kommet frem om forskning på legene som sykmeldere, jf kapittel 5.2. Det er også jevnt over slik at det er samsvar mellom hva topplederne i virksomhetene formidler og hva ledere lenger ned i organisasjonen formidler. Dette kan bety at legens involvering er noe som diskuteres mellom ulike ledernivå i organisasjonene, og at det etterhvert kan sette seg en holdning eller en kultur i forhold til hva man mener legene bør kunne bidra med.

Vi har også forsøkt å kartlegge dette gjennom spørreundersøkelsen som er gjennomført i 2011/2012 ved å spørre om de er enig eller uenig i følgende påstander:

- Lege/sykmelder har god kunnskap om hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes i vår virksomhet
- Lege/sykmelder har best forutsetninger for å vurdere arbeidsmuligheter hos den som blir sykmeldt

**Tabell 5.4 Fordeling enig/uenig i påstand: Lege/sykmelder har god kunnskap om hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes i vår virksomhet**

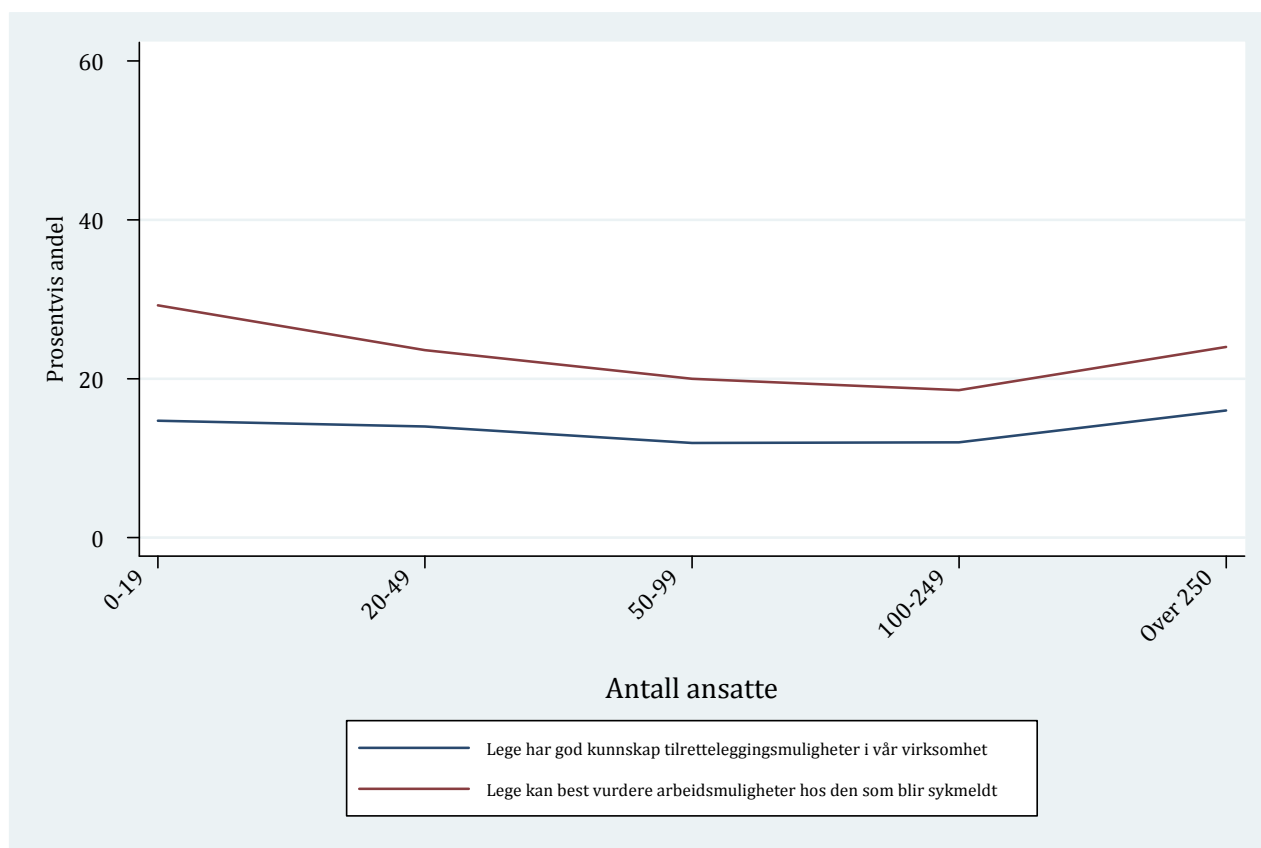
	Antall	Andel
Helt uenig	583	36
Delvis uenig	426	27
Verken/eller	368	23
Delvis enig	189	12
Helt enig	32	2
Totalt	1 598	100

Det er altså kun 14 prosent av lederne for de nær 1 6000 virksomhetene som er helt eller delvis enig i at legen har god kunnskap om tilretteleggingsmulighetene i deres virksomhet.

**Tabell 5.5 Fordeling enig/uenig i påstand: Lege/sykmelder har best forutsetninger for å vurdere arbeidsmuligheter hos den som blir sykmeldt**

	Antall	Andel
Helt uenig	365	23
Delvis uenig	586	37
Verken/eller	246	15
Delvis enig	296	19
Helt enig	99	6
Totalt	1 592	100

Omtrent hver fjerde virksomhet (representert med en leder), mener at legen har best forutsetninger for å vurdere arbeidsmulighetene hos den som blir sykmeldt.



**Figur 5.4 Andel av virksomhetene (ledere) som mener at lege/sykmelder har god kunnskap om hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes i vår virksomhet og som mener at lege/sykmelder har best forutsetninger for å vurdere arbeidsmuligheter hos den som blir sykmeldt.**

Det er ingen systematiske forskjeller mellom ulike sektorer eller næringer i disse synspunktene.

Vi har også spurt representanter for de ansatte om de synes at fastlegene kjenner godt til virksomheten og gjør en god og viktig jobb. Omtrent én av fire er enig, like mange er uenig og resten

svarer "verken eller". Det er heller ikke her noen systematisk samvariasjon i svarene fra virksomheter i samme hovednæring eller sektor.

### 5.3.3 Arbeidsgivers syn på legers sykemeldingspraksis

De mange som er kritiske til legene har ofte lite forståelse for legens rolle:

*"Jobben til legen føler jeg ikke fungerer. Kommer du tilbake nå, ja? Nei, legen må strammes opp i forhold til bedriften. Det er det største problemet, poenget i forhold til det jeg sier, om vi skal få til en god løsning." (HMS sjef og HR sjef, transportselskap)*

En annen leder i samme virksomhet har litt andre erfaringer, der legen har friskmeldt ansatte for tidlig:

*"... ja, han [legen] har i alle fall skrevet at sjåføren kan miste førligheten i hender og føtter. Dovner bort og sånne ting. Da valgte jeg å ta han ut av kjøring også. Jeg mente ikke at det var forsvarlig. Da ble det et møte der jeg gjorde han oppmerksom på at jeg setter han ikke i kjøring før jeg får bekreftelse på at dette ikke er trafikkfarlig. Han kunne ikke legge på kjetting, han kunne ikke gjøre noe annet enn å kjøre buss, det kunne han gjøre litt, da. ...Han kom ikke i kjøring han, da, jeg holdt han utenom helt til jeg fikk en friskmelding, hundre prosent. Men jeg føler liksom at det går mye på pasienten sine premisser, uten å tenke over den jobben de har". (Trafikksjef, transportselskap)*

Flere er altså inne på at legen burde strammes opp litt, men det er ulike formeninger om hvem som skal stå for denne oppstrammingen:

*"... Men jeg synes at NAV burde følge opp i forhold til sånn inkluderende arbeidsliv, at NAV burde følge opp primærlegene en god del. Altså sette krav til dem. At de også gjør sin del av jobben i forhold til å fylle ut sykmeldingen for de ansatte som er sykmeldt. For det er ikke bra nok. Og det er greit at de har dårlig tid og alt det der, men jeg synes de bør klare det. (Mellomleder, sykehus 3).*

Vi spør om manglende utfylling fra legen skaper problemer i forhold til for eksempel NAV, og vi får følgende svar:

*"Nei det gjør ikke det. Men jeg spør jo den ansatte selv da. Men det hadde jo vært veldig greit av og til, - men altså jeg vet jo at den ansatte kan jo styre legen sin uansett, og si skriv det og det, men det blir liksom litt sånn - hvis legen mener at du kan egentlig gå på jobb, du kan gjøre jobben din en så og så stor prosent, mens for den ansatte selv så kan det, nei er jeg sykmeldt så er jeg sykmeldt, la meg få være i fred. Det er jo mennesker som er sånn også. (Mellomleder, sykehus 3).*

Fra en industribedrift får vi følgende typiske innspill:

*"Så kommer den sykemeldingen uten å gi noen åpning for noen aktivitet i den sykemeldingsfasen, mens vi vet da at... at... kanskje står du på en venteliste og venter på en operasjon, så vet vi det at personen er såpass oppegående at han kan godt gjøre en jobb". (IA-koordinator, Industrivirksomhet)*

I samme virksomhet snakker vi med representant for den interne bedriftshelsetjenesten og spør vedkommende om fastlegen sykmelder uten å vite hva vedkommende forventes å gjøre på arbeid. Svaret er:

*"Mener du nå når den enkelte pasient er på fastlegens kontor? Ja, den som hadde vært flue på veggen der da..." (Sykepleier BHT, Industrivirksomhet)*

Samme respondent kommer inn på dette med hvem de sykmeldte er for legene og sier at de sykmeldte er de friskeste pasientene til legene:

*"Ja, det er det. Det er de friskeste de har, ikke er det barn, ikke er det kronisk syke, ikke har du-lite cancer pasienter oppi det her. Lite smertepasienter. Det blir ikke sånne smerter likevel på isjias eller en nakke altså. Det er hvor mye tid de skal bruke... For det gjelder mange kan du si, samtidig så har du han åttiåringen som aldri har vært syk også, han sitter på legekontoret der og venter. Han skal ha timen sin han og, for han har også betalt sine skattepenger og har fått sine rettigheter altså." (Sykepleier BHT, Industrivirksomhet)*

Vi spør om vedkommende synes det skulle vært annerledes da for de sykemeldte som egentlig ikke er veldig syk:

*"Ja, den sykemeldte som er sykemeldt, han er jo syk han og da. Han har lov til å være syk, vi har en rettighet i landet her at vi har sykepengeordninger og har lov til å være syk - og vi har lov til å være hjemme og bli frisk igjen." (Sykepleier BHT, Industrivirksomhet).*

Vi snakker også med representanter fra de ansatte og det er svært delte meninger om legens sykmeldingspraksis. Ofte er det basert på egne erfaringer fordi de tillitsvalgte ofte ikke får særlig informasjon om situasjonen fra de sykmeldte:

*[Det er legen] som bestemmer men... Så alle vet jo at hvis du har vært hos en lege... er jo til syvende og sist du som bestemmer om du er frisk nok til å komme deg ut i jobb." (Sykmeldt ansatt, sykehus).*

Det er naturlig å tenke at med det fokuset som er i dag på sykmeldinger, kan det også føre til at de ansatte forventer at legene i større grad forsøker å få de tilbake i jobb. Vi spurte denne sykmeldte hvordan legen var involvert i sykmeldingen og den ansatte svarte:

*"Ja... og jeg er litt overrasket på en måte. Jeg er litt overrasket over at han ikke gjør mer for å få meg tilbake i jobb. Det er noe jeg har gått og tenkt på hele tiden. Det er jo det som er målet, at man kommer tilbake i jobb. Nå har jo jeg vært veldig dårlig så... (Sykmeldt ansatt, sykehus).*

Det siste sitatet kan bety at legene nå har fått bedre betingelser for å ta opp delvis eller gradert sykmeldinger med den sykmeldte. Vi går nå tilbake til arbeidsgivere og til graderinger av sykmeldingene. I evalueringen av IA-avtalen (2001-2009) fant vi at det var mange arbeidsgivere som etterspurte mer bruk av graderte sykmeldinger. Vi tar med et sitat, som også viser kjernen i behovet for at det brukes mer graderte sykmeldinger, sett fra arbeidsgivernes side.

*"Ja, sykemeldinga for å nettopp bedre dialogen mellom arbeidsgiver og lege, eller behandler, via arbeidstaker. Fordi at jeg kan nesten telle på ei hånd hvor mange ganger legen orker å skrive noe*

*i det feltet der de kan si noe til arbeidsgiver. Så der savner vi noe. For når legen anbefaler 100 % sykemelding, så er det vanskelig for oss å gjøre noe." (Adm. sjef, fylkeskommune).*

Denne lederen forteller videre at den ansatte ofte ikke vet hvorfor legen har satt 100 prosent sykmelding, og at de i noen tilfeller har fått dette endret fordi den ansatte føler selv at de kan være på jobb. Lederen kommer inn på dette om kunnskap om arbeidsplassen som viktig når legen vurderer sykmeldingsgrad:

*"... ja da, på en annen type arbeidsplass så skulle du være 100 % sykemeldt, men ikke på en arbeidsplass der du kan sitte skjermet på et kontor og det er ikke det fysiske som er til hinder." (Adm. sjef, fylkeskommune).*

Vi spør om det kan være fordi legen i for liten grad kjenner til hva slags jobb vedkommende har og får følgende svar:

*"Ja, det kan ofte være det. Og kanskje ikke kjenner til hvordan vi kan tilrettelegge." (Adm. sjef, fylkeskommune).*

Vi spør videre hva vedkommende savner konkret fra fastlegen:

*"Jeg savner at de kanskje kan involvere seg mer, at de faktisk fyller ut det de kan fylle ut. Hvis de sier noe om... vi er jo ikke opptatt av diagnose eller at de skal bryte taushetsplikten, men hvis de sier noe som vi som arbeidsgivere kan gjøre, så blir det enklere i vårt arbeid." (Adm. sjef, fylkeskommune).*

Vi spør også hvordan legene må endre sin sykmeldingspraksis for å kunne gjøre dette:

*"Ja, altså, de kan snakke med arbeidstakeren, snakke med sin pasient. Spørre de spørsmålene som vi spør om, hva er det din arbeidsgiver kan gjøre for å tilrettelegge for at du kan være på jobb, og skrive i den anbefalingen at det kan være en mulighet, tenker jeg." (Adm. sjef, fylkeskommune).*

I spørreskjemaundersøkelsen har vi bedt arbeidsgiverne om å ta stilling til følgende påstander:

- Lege/sykmelder graderer for sjelden (enig/uenig – 5 punkt skala)
- Det beste hadde vært om lege/sykmelder aldri sykmeldte noen 100 prosent (enig/uenig – 5 punkt skala)

**Tabell 5.6 Fordeling enig/uenig i påstand: Lege/sykmelder graderer for sjelden**

	Antall	Andel
Helt uenig	85	5
Delvis uenig	173	11
Verken eller	473	30
Delvis enig	489	31
Helt enig	360	23
Totalt	1 580	100

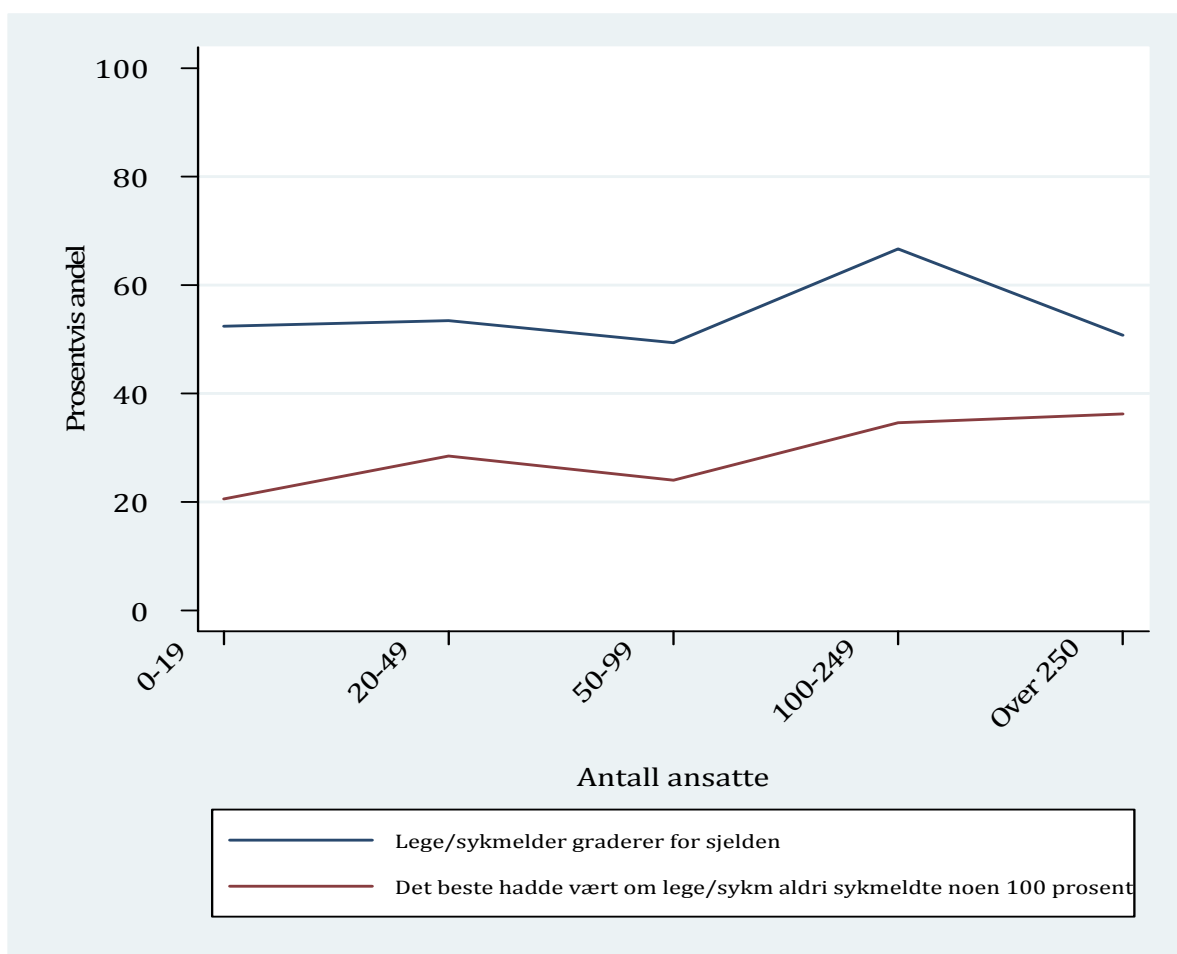
54 prosent av lederne som har svart er helt eller delvis enig i at legen/sykmelder graderer sykmeldingene for sjeldent.

**Tabell 5.7 Fordeling enig/uenig i påstand: Det beste hadde vært om lege/sykmelder aldri sykmeldte noen 100 prosent.**

	Antall	Andel
Helt uenig	351	37
Delvis uenig	101	11
Verken eller	244	26
Delvis enig	174	18
Helt enig	86	9
Totalt	956	100

I dette utvalget er 26 prosent helt eller delvis enig i at det beste hadde vært om lege/sykmelder aldri sykmeldte noen 100 prosent.

Det er ikke noe opplagt systematikk i svarene, verken ut i fra størrelsen på virksomhetene eller hvilken sektor eller næring virksomheten tilhører. Det er tendenser til at større virksomheter i større grad mener det hadde vært best om legen aldri sykmeldte noen 100 prosent.



**Figur 5.5 Andel av virksomhetene (ledere) som mener lege/sykmelder graderer for sjelden og som mener det beste hadde vært om lege/sykmelder aldri sykmeldte noen 100 prosent.**

Det er altså en relativt liten andel av virksomhetslederne som mener at det beste hadde vært om lege/sykmelder aldri sykmeldte noen 100 prosent, men en del flere er enige i at legen graderer for sjelden.

### 5.3.4 Behov for kontakt og arena

Flere arbeidsgivere mener det er helt nødvendig at legene og arbeidsgiverne snakker sammen for å få til gradering:

*"Den graderingen - myndigheten har i utgangspunktet den holdningen at bedriften kan ikke vurdere noe sånn - for bedriften ønsker å utnytte de ansatte. Da gir de heller ansvaret til legen, som er en medisiner og som ikke vet noe om arbeidsoppgavene. Og hvis ikke myndighetene da lager en møteplass for oss, eller tvinger oss til å snakke sammen, så vil ikke dette bli vellykket er jeg redd for altså". (Adm. dir, mekanisk verksted).*

Det er ikke slik at arbeidsgiverne vi har intervjuet har veldig klare formeninger for hvordan denne dialogen bør foregå. Vi har spurt om når det hadde vært behov for å ha kontakt med legene, og en arbeidsgiver svarer slik:

*"... en kan gjennomføre rundt første oppfølgingsamtale eller ett eller annet der. Bare for å få en sånn status-greie, noe vi kunne ha sendt til dem, eller på en eller annen måte utført en dialog på ett eller annet vis. Jeg ser ikke for meg... for meg virker det som om legene har det veldig travelt... det blir vel ikke noe annerledes der. Hvordan det skulle gjøres, det vet jeg ikke, men... en eller annen på et legekontor burde ha vært... at det burde vært et system som kunne snakke sammen i forhold til den pasienten og det som han har... i forhold til bedriften og legen." (Trafikksjef, transportselskap)*

Det er forskjell på ønske og behov, men for denne respondenten vurderes kontakten med legen som helt essensiell for å komme videre:

*"... ja, for det er legene som er jokeren i hele det her. Det er de som kan bidra for å få til ting. Sånn ser jeg på det. Vi kommer ikke videre uten at vi har med en lege inn i samtalen. (Trafikksjef transportselskap)*

En annen leder ønsker å få diskutere med legen fordi hun er usikker på helsetilstanden til den sykmeldte:

*"Det går jo på at... skal beskyttes igjen, da, i forhold til... når du har folk som er psykisk syk. Så er det veldig vanskelig for arbeidsgiver å vite hvor syke folk er. Hva slags aktivitet de skal ha. Det har jeg følt på flere ganger, at jeg kunne ha tenkt meg å vært litt i kontakt med legen for å høre... si meg, er det greit at den personen jobber nå, og slikt."*

*"Jeg blir så usikker selv, for jeg har sett at jeg skulle ikke hatt dem i arbeid. Jeg har opplevd det flere ganger... prøvd likevel, så har jeg hatt dem der likevel fordi jeg har ikke hatt kontakt med legen. Det er veldig vanskelig for meg som ikke er lege, og som ikke kjenner til alt, å bedømme hvordan den personen har det." (Styrer privat barnehage)*



Denne styreren er spesielt opptatt av mennesker med psykiske problemer og hvordan de kan jobbe tett med barn, om det trygt for barna og de andre ansatte. Det kommer etterhvert frem at de har hatt noen dårlige opplevelser rundt akkurat dette.

Det er mange som mener at legen er en av de viktigste aktørene i sykefraværsoppfølgingen:

*"... legene er advokater for sine pasienter. Ikke for å være bombastisk, men jeg tror vi kan bruke veldig mye tid og krefter, hvis vi ikke får gjort noe på det området der. Da kommer sykefraværet til å være høyt," (Personalleder i mellomstor kommune)*

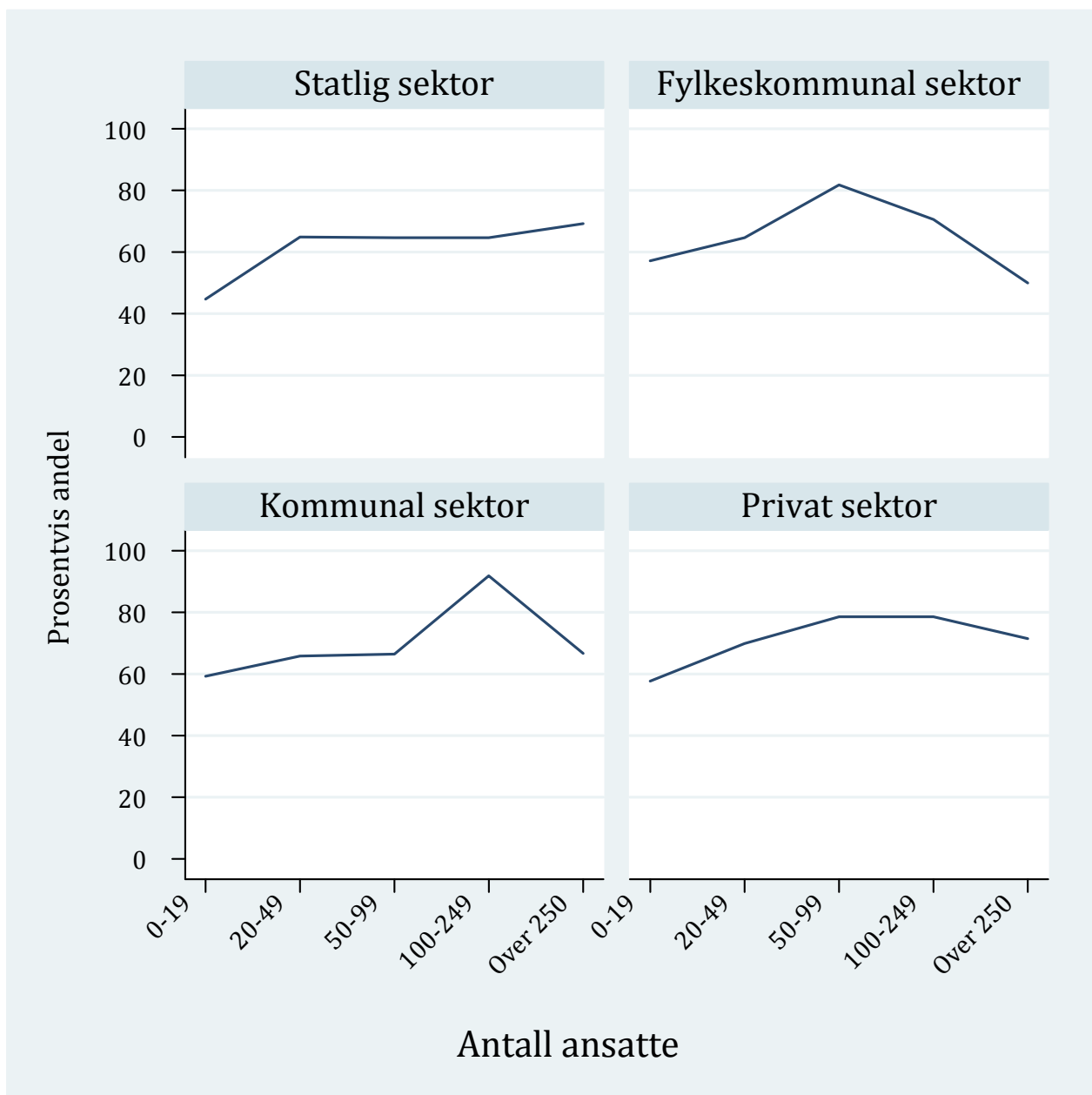
Gjennom spørreundersøkelsen til virksomhetene har vi bedt ledere ta stilling til følgende påstand: Lege/sykmelder er ikke tilstrekkelig tilgjengelig for oss som arbeidsgiver. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

**Tabell 5.8 Fordeling enig/uenig i påstand: Lege/sykmelder er ikke tilstrekkelig tilgjengelig for oss som arbeidsgiver.**

	Antall	Andel
Helt uenig	60	4
Delvis uenig	121	8
Verken eller	382	24
Delvis enig	580	37
Helt enig	439	28
Totalt	1 582	100

Nesten to av tre arbeidsgivere mener legen ikke er tilstrekkelig tilgjengelig for arbeidsgiverne. Dette viser de betydelige forventningene arbeidsgiverne har til kommunikasjon med legene. Dette er også det som mest sannsynlig ligger til grunn for det økte fokuset på legens rolle i sykefraværsarbeidet - det store behovet for at legen skal være mer tilgjengelig og involvert i arbeidet rundt den sykmeldte.

Her er tendenser til systematiske forskjeller både mellom sektorer og næringer, så vi ser litt nærmere på fordelingen i neste figur.



**Figur 5.6 Andel av virksomhetene (ledere) som mener at lege/sykmelder er ikke tilstrekkelig tilgjengelig for arbeidsgiverne.**

Vi observerer en sammenheng med svarene og størrelsen på virksomheten. Store virksomheter har flere ansatte og dermed flere potensielt sykmeldte og dermed mer behov for kontakt med legen.

Som vist i tabell 2.9, er det næringene andre sosiale og personlige tjenester, kraft- og vannforsyning og varehandel som skiller seg ut med en lavere andel av respondentene som mener tilgjengeligheten ikke er bra nok, mens i andre enden der tre av fire og mer er misfornøyd finner vi industri og hotell- og restaurant. Dette stemmer godt med det registerdata viste om graderingsandeler innenfor ulike næringer i kapittel 2.

**Tabell 5.9 Fordeling enig/uenig i påstand: Lege/sykmelder er ikke tilstrekkelig tilgjengelig for oss som arbeidsgiver, etter næringer, 2011/2012. N=1572.**

	Andel helt/delvis enig	Antall virksomheter
Andre sosiale og personlige tjenester	49	35
Kraft- og vannforsyning	50	12
Varehandel, reparasjon av motorvogner	51	78
Offentlig administrasjon, forsvar og trygd	62	186
Eiendomsdrift, utleievirksomhet	65	34
Helse- og sosialtjenester	65	703
Undervisning	65	338
Bygge- og anleggsvirksomhet	68	38
Transport, lagring og kommunikasjon	69	51
Finansiell tjenesteyting og forsikring	71	21
Industri	75	56
Hotell- og restaurantvirksomhet	80	20

### 5.3.5 Legen må sette krav til pasientene

Mange ledere er opptatt av at legene i liten grad stiller krav til pasientene.

*"Så fastlegen må nok mer på banen tror jeg i denne her IA-jobbingen hvis vi skal komme videre. Må også kunne tørre å stille noen krav til pasienten. Altså arbeidstakeren. Legen må tørre det. For det er helt klart at du dør ikke om du går på jobb og har litt vondt. (Virksomhetsleder, sykehjem)*

Vedkommende argumenterer med at en kanskje må lære å jobbe med smerter, og sier videre:

*"Det er vel kanskje det vi hadde ønsket fra fastlegen, at de turte litt mer enn de gjør. For det er fortsatt sånn at arbeidstakeren sier at nå går jeg til doktoren og sykmelder meg. Det er ikke doktoren som sykmelder, men nå går jeg til doktor og sykmelder meg. Mm. Det er fortsatt slik. Ja." (Virksomhetsleder, sykehjem)*

Flere er inne på dette med at legen må tørre å sette krav til pasienten:

*"... Også opplever jeg det at legen til den syke har vært for passiv i forhold til de utfordringene den syke har... Men en lege bør kanskje i noen sammenhenger sette litt granne større krav til den syke. Det her var litt på sånn snillisme. Det kan hende at du som syk trenger et lite sånt spark i baken, for å bli liksom utfordret på et eller annet. For det... jeg tror over tid så blir du kanskje litt passiv som å være syk da... Du blir nedtrykt, du ser ikke løsninger for dette. Legen må være mer på banen og være offensiv. Rett og slett." (Daglig leder, Industri - elektromonteringsvirksomhet)*

Mange synes endringene som har kommet med at legene skal delta på dialogmøte 1, er helt i tråd med deres behov:

*Og så synes jeg at det at legene skal være med på dialogmøte, er veldig bra. Jeg tror faktisk at det kan forårsake at sykefraværet går ned, for det er klart at om de ser muligheten til å friskmelde deg før åtte uker, så gjør de det for å slippe dialogmøtet, skal jeg vedde på. Fordi*

*dette er klart... lite lukrativt for dem. Dette er snakk om penger, altså. (Ekstern BHT for privat entreprenør og byggutviklingsfirma)*

Vedkommende har relativt sterke negative holdninger til legene og viser liten forståelse for deres utfordringer. Han utdyper dette med at dette er snakk om penger:

*"Er du gal. De fleste vil jo at vi skal komme på legekantoret fordi hvis de må være borte må de være borte to timer og tenker at hvorfor i huleste to timer? Ja, men da får du ikke inntekten av åtte andre pasienter som du kunne hatt på den tida? Det er veldig penger, det må jeg bare si. Og det provoserer meg. De har en oppgave på lik linje med de andre aktørene, som de burde kunne oppfylle. De prater om at det er så mange pasienter som ikke... som de må forskyve på hvis de skal på alle disse møtene, men da må du kanskje vurdere om du har for mange pasienter, da, om du ikke klarer å ta vare på dem, da." (Ekstern BHT for privat Entreprenør og eiendomsutvikler).*

Personallederen i samme virksomhet har en litt annen holdning til legene i sykmeldingsarbeidet:

*"Og det fungerer bra det som NAV også er med på, tenker jeg. Så dialogmøtene, de tenker jeg er veldig nyttige. Legens rolle er jeg veldig skeptisk til. Jeg synes legen har fått en alt for stor rolle, de har ikke peiling." (Personalleder privat Entreprenør og eiendomsutvikler).*

Etter hvert kommer det frem at virksomheten har hatt noen få dårlige erfaringer med en lege som hadde en tilnærming de ikke forsto, der legen fikk det siste ordet og ikke bidro til at de fikk denne personen over på en annen jobb i en annen virksomhet. Her er vel et eksempel på at legen var advokaten til pasienten og bidro til at vedkommende fikk beholde jobben sin. Vi kommer tilbake til dette senere i kapittelet.

### 5.3.6 Taushetsplikt

Flere av arbeidsgiverne vi har intervjuet, trekker frem legens taushetsplikt. Ofte vinkles det som om legen bruker taushetsplikten for å ha noe å gjemme seg bak, mens andre ganger har de tydelig oppfatning om når taushetsplikten bør gjøres gjeldende:

*"... men utgangspunktet er at de som ikke vil dele denne informasjonen, har noe å skjule. Og det er klart at noen får en kjønnsykdom, og det er et eller annet om noen relasjoner som gjør dette ille å fortelle... og du kanskje ikke forteller det på jobb... men jobben har jo taushetsplikt og... ikke sant. Jeg har jo taushetsplikt. Men den verdsettes ikke like mye som en leges, den taushetsplikten som jeg har. Men jeg har like mye taushetsplikt som en lege... Kommer det en ansatt hit og forteller meg noe, så har jeg selvfølgelig ikke anledning til å gå ut med det.. men jeg vil neppe bli straffet på samme måte om en lege hadde blitt da... Men moralsk sett så mener jeg at de samme taushetsreglene gjelder. Og hvis intensjonen er å få den ansatte tilbake igjen i arbeidslivet, og den ansatte ønsker det selv også, så kan jeg ikke se annet enn at det er en gevinst i at det er full åpenhet." (Adm.dir, tungindustri)*

For andre er det en kultur på arbeidsplassen at det er åpenhet rundt diagnose, men at de har behov for at noen andre enn den ansatte sier noe:

*"Jeg synes de [legene] absolutt burde vært med på sånne dialogmøter, for da... ja... vi har jo ikke rett på noen diagnose eller noe ting.. så vi aner jo ikke noe mer enn den ansatte sier. Det er greit*

*nok her, for her er vi så godt kjent, sant? Så vi vet jo mye hva det er for noe. Men det... altså vi kan ikke vurdere noe, hvis vi ikke vet sykdommen. Ikke sant? Så da burde legen absolutt være med, eller få en tilbakemelding fra legen hva som egentlig..." (Økonomisjef Hotell)*

En annen arbeidsgiver sier noe av det samme:

*"... det er legen som har myndighet til å skrive ut disse papirene. Bedriften sitter og må ta i mot, fordi de har sladda hva vedkommende feiler, så vi kan bare appellere til den enkelte og spørre om de kan fortelle noe om hva de feiler, så er det opp til dem å si noe om det. (Adm. dir i mekanisk verksted).*

Vi spør om de tar kontakt med fastlegen dersom de er usikker på hva vedkommende kan gjøre, og de fleste svarer at det har skjedd, men at dette ikke er vanlig prosedyre:

*"Men det har hendt, men det er ikke ofte, og der kommer du jo inn på problemet med taushetsplikt, det har hendt at jeg har ringt fastlege. [Beskriver personlig kjennskap til legene i kommunen]...Men hvis det har vært spesielle ting og sagt kan du være så snill og vurdere det neste gang vedkommende kommer, om det kan være en mulighet." (Virksomhetsleder, sykehjem)*

### 5.3.7 Kommunikasjonsutfordringer

Det legges opp til en relativt krevende kommunikasjon, både for arbeidsgiver og for leger. Mange av våre respondenter er opptatt av at det er svært vanskelig å få kontakt med fastlegen når vi spør om hvordan de samarbeider med legene.

*"Nei, det fungerer ikke fordi at det har aldri skjedd. Doktorer er jo vanligvis nesten som å få audiens hos paven. De har jo ikke tid til noen ting. (Mellomleder, sykehjem).*

Og om de får kontakt, er de ikke alltid særlig fornøyd med hvordan legen bidrar:

*"Nei, hittil har det vært for dårlig, rett og slett. Når vi har dialogmøte, de skal jo være på møtet her, men erfaringsmessig må vi bruke litt kraft og ressurser for å få legen til å stille opp og bli med på dette, og at han skjønner sin rolle i samtalen. Han kommer ofte med en legeattest, men han sitter ikke med aktivt rundt bordet, for det har han ikke tid til. Det synes jeg ikke er noe bra." (HMS sjef og HR sjef, transportselskap)*

Bedriftshelsetjenesten har etter regelendringene 1. juli 2011 fått andre roller i oppfølgingsarbeidet og skal være med på dialogmøte 1. BHT har også behov for å involvere fastlegen og en representant sier det slik når vi spør om de har kontakt med fastlegene:

*"Noen steder ringer de tilbake og andre steder ringer de ikke tilbake, så da står vi lenge i samme køen som de som skal ha time hos lege og - det er ett eller annet der som ikke fungerer godt. Der vi kommer igjennom og får snakket med legen, så får vi ofte gode løsninger, men det er noen propper der som gjør at... det er vanskelig å få flyt i den kommunikasjonen. Hvordan man skal gjøre det bedre, det vet jeg ikke." (BHT i renholdsfirma).*

*"Ja, vi spør jo gjerne hvor vi på en måte ser det kunne vært tjenlig, enten fordi at vi er usikre på om vedkommende får riktig oppfølging, utredet godt nok eller... har hatt raskere tilbake-tiltak og sånne ting, så spør vi gjerne om er det i orden at vi tar kontakt med fastlegen din, og gir litt*

*tilleggsopplysninger? Eller spør om noe der... og det får vi ja til, i de fleste tilfeller. Og da gjør vi gjerne det. Ringer fastlegen og da sier at vi har hatt dialogmøte og... det vi prøver mer og mer nå, er at vi kommer i en avtale om oppfølgingsplanen, at den skal til fastlege, og i tillegg at det er bevisst, å prøve å kommunisere med den, hvordan vi tenker, i den planen." (BHT, kontaktperson for rengjøringsvirksomhet)*

Vi spør om de har fått noen tilbakemelding fra legene på oppfølgingsplanene som sendes:

*"Nei, har ikke hørt noe tilbakemelding på det. Men jeg tenker at... det er kommunikasjonskanalen, at den blir riktig. Så får vi på en måte håpe at legen ser på det som det, og leser det som står der, og da får vi gi tilbakemelding."(BHT, kontaktperson for rengjøringsvirksomhet)*

Andre har stort ønske om mer kontakt, og dette henger gjerne sammen med at de mener legen sykmelder for raskt:

*"Absolutt et ønske. For at legen signerer sykemelding, kan ta en oppgradering på bedriften, hvordan er det med denne personen her? Er det muligheter for han... så vi får dialog før han signerer meldinga som kommer hit over bordet. Så han burde ha et trinn på det, akkurat før han skriver under, at kanskje skal vi diskutere noen løsninger, har vi prøvd alt? Så der mangler vi absolutt noe som... ikke vi føler vi får i dag." (HMS sjef og HR sjef, transportselskap)*

Og noen har helt andre grunner til at de ikke kommuniserer så godt med en lege...

*"Han er kapittel for seg selv, fastlege som også er sykehjemslege. Min personlige oppfatning av han er at han ikke er god lege" (Personalleder i en liten kommune).*

Denne personallederen forteller om personlige dårlige opplevelser med legen i forbindelse med pleie av sin mormor. Dette er et reelt problem på mange småsteder, der det at folk har mange ulike roller, sannsynligvis blir tydeligere når det er mindre forhold.

Andre har hatt gode erfaringer med dialogmøtene der både NAV, arbeidsgiver og fastlegen har deltatt (D2):

*"... Vi har jo hatt en del sånne dialogmøter da, med lege. Det er fire jeg har hatt, tror jeg, siden jeg begynte. Men det er bare en av de legene som har vært veldig frempå om det å ha en dialog direkte med meg, da. Jeg har vel heller ikke følt behov for å pushe på om det med de andre. Men der hadde vi en enighet om at hvis det var noe spesielt så kunne vi ringe direkte til legen for å få en redegjørelse av sykdomsbilde, da, fordi at denne personen har kroniske lidelser og sånn, som han var helt åpen om, og hadde ikke noe problem med at vi hadde den kontakten. Så legekontakten har vært til stede, men det har mest vært gjennom dialogmøtene da." (Mellomleder, varehandel).*

Andre sier at de holder legen orientert, men at det kanskje ikke er nok:

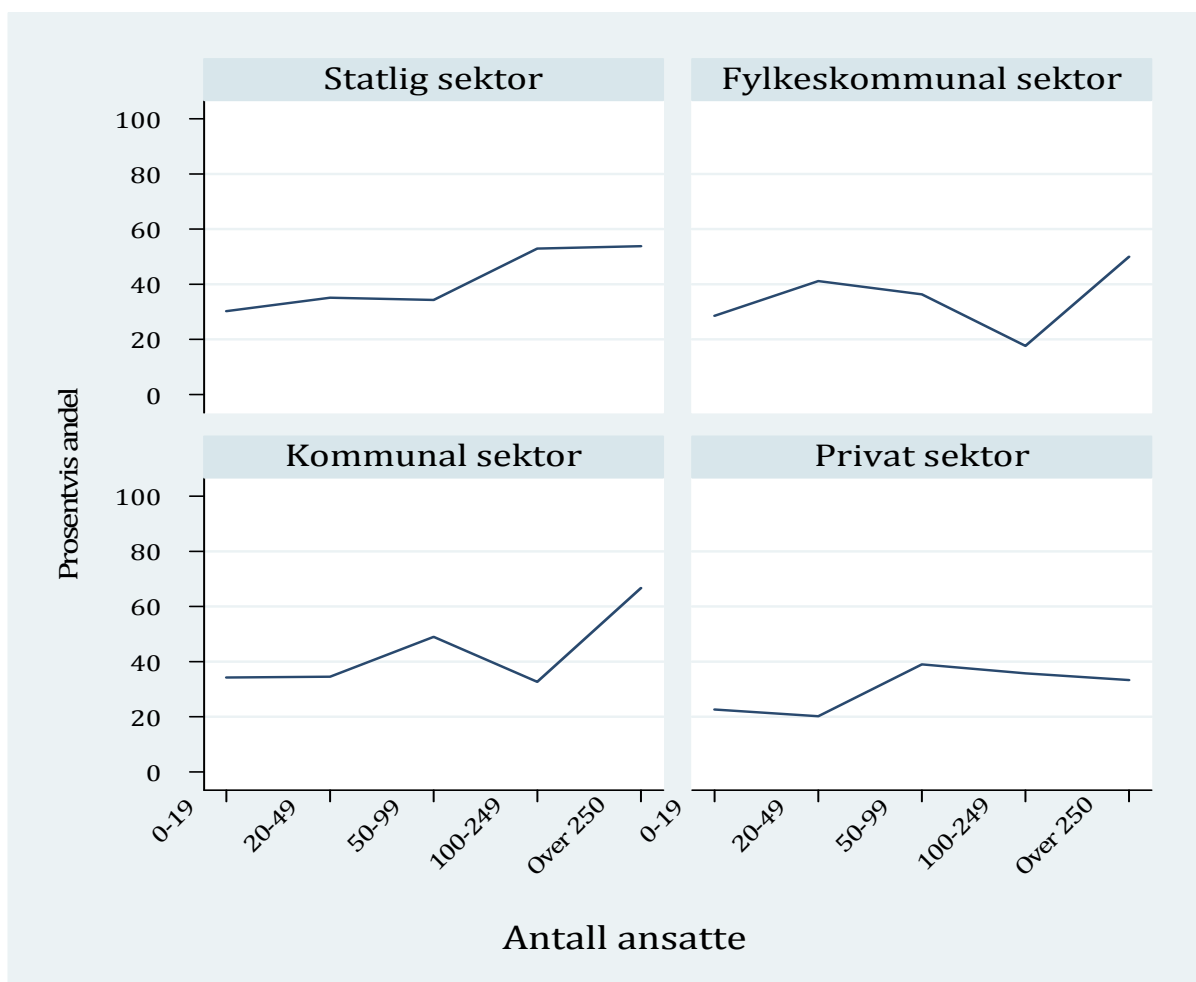
*"Altså fastlegen har vi jo for så vidt ikke så veldig mye direkte kontakt med, annet enn gjennom dialogmøter [D2], og at vi sender med kopi når vi har inngått noen avtaler og sånt med arbeidstakeren, til fastlegen så han vet liksom hva vi driver med." (Virksomhetsleder, sykehjem)*

Vi har bedt ledere for virksomhetene om å ta stilling til følgende påstand: Vi har stort sett god dialog med de ansattes lege/sykmelder (enig/uenig – 5 punkt skala)

**Tabell 5.10 Fordeling enig/uenig i påstand: Vi har stort sett god dialog med de ansattes lege/sykmelder.**

	Antall	Andel
Helt uenig	163	17
Delvis uenig	180	19
Verken eller	303	32
Delvis enig	244	25
Helt enig	71	7
Totalt	961	100

Leder i omtrent hver tredje virksomhet er helt eller delvis enig i at de stort sett har en god dialog med de ansattes lege/sykmelder.



**Figur 5.7 Andel av virksomhetene (ledere) som mener at de stort sett har god dialog med de ansattes lege/sykmelder.**

I statlig sektor ser det ut som kvaliteten på dialogen med de ansattes lege øker med størrelsen på virksomheten. Generelt er det i de største virksomhetene i større grad er god dialog med de ansattes leger, men med unntak av i privat sektor. Blant de minste virksomhetene er det også i privat sektor færrest mener de har god dialog med legene.

Vi kan oppsummere dette om arbeidsgivers holdning til legene med følgende sitat fra en avdelingsleder i et rekrutteringsfirma som er inne på flere av de mest sentrale problemstillingene:

*"Så jeg kjenner jo ikke til hverdagen til fastlegene, men min opplevelse er jo at de sitter og tar inn folk på kvarters-basis, og skal du ta opp at det feiler deg to ting, må du bestille deg ny time. Så... de har jo sikkert en hverdag de også, som er hektisk og utfordrende. Ikke sant, og hvordan de i tillegg skal få til å løpe rundt på bedrifter og ha dialogmøter, det... skal bli spennende å se om det er gjennomførbart. Sikkert vært forfriskende for dem å komme seg litt ut. Det... er trivelig for alle. Jeg tenker jo at dette kunne blitt erstattet med at legene har hatt en telefonsamtale med pasientens nærmeste leder. Ikke sant, hvor vedkommende har hatt en del ting som de har kartlagt. Både fysisk arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver. Stilt noen spørsmål rundt det, så kunne de kanskje blitt enige, og så handler det jo da om hva legen kan fortelle om vedkommende arbeidstakers fraværsårsak også, oppi det der, så har jo taushetsplikt oppi det, som er ganske brutal. Så dermed blir ikke arbeidsgiver igjen kompetent nok til å kunne si hva arbeidstakeren skal gjøre... Hadde man vært sikker på at alle rundt det har hatt gode intensjoner, hadde det ikke vært noe problem. (Avdelingsleder rekrutteringsfirma).*

## 5.4 Legens opplevelse av sykmelderrollen

### 5.4.1 Metode

Som nevnt innledningsvis har vi gjennomført dybdeintervjuer med to leger som har dobbeltrolle ved at de både er tilknyttet NAV og er fastleger. De er derfor ikke tilfeldig valgte fastleger, men har både mer interesse for feltet, og mye mer kunnskap enn en vanlig allmennlege vanligvis har. Intervjuene ble utført etter en semistrukturert intervjuguide og varte omtrent 90 minutter hver, men vektingen på tema i intervjuene er noe ulik og ikke alt ble diskutert i begge intervjuene. Resultatene fra disse dybdeintervjuene ble systematisert og presentert i foredrag for 17 øvrige leger. Selv om det er stor variasjon i erfaringer, holdninger og meninger blant legene, har de 17 legene i stor grad bekreftet det meste av det som kom frem i primærintervjuene.<sup>22</sup>

Vi har her vært ute etter mer kunnskap om hvilke vurderinger legene gjør i de ulike sykefraværstilfellene, om de opplever at de kan ha de rollene som nå pålegges dem, om det er samsvar mellom virkemidlene og omfanget av problematikken, om det er realistiske forventninger til kommunikasjon mellom aktørene etc. Vi har ikke fått svar på alle spørsmålene vi har, men sammen med gjennomgangen av tidligere forskning legger dette delkapittelet grunnlaget for vår videre forskning på leger som aktør i sykefraværarbeidet.

Respondenten vi betegner som "Fastlege/NAV-overlege", har en spesiell rolle i NAV som gjør at han har særlig god innsikt:

---

<sup>22</sup> Som alle intervjuene i våre prosjekt er disse tatt opp på digitale opptakere, transkribert og fullkodet.



*"Jeg føler jo at jeg sitter i en særdeles god posisjon til å vurdere dette her, som fastlege med stor liste, og stort volum. I tillegg så har jeg vært i NAV i noen år nå, og da har jeg hatt fokus på dette her" (Fastlege/NAV-overlege).*

Denne legen har også mye kontakt med arbeidsgivere gjennom sin rolle i NAV, men vi beskriver ikke dette nærmere av anonymitetshensyn.

Respondenten som betegnes som «NAV-lege/Fastlege» har også lang fartstid som både fastlege og NAV-lege. Han har kortere liste enn den andre legen, men har en større andel av tiden i NAV-stillingen enn som fastlege.

Vi har bedt respondentene om å være åpen og ærlig og si meningene sine. De representerer noen ganger NAV og andre ganger fastlegene, men har en unik posisjon til å uttale seg om legens rolle som sykmelder, nettopp fordi de forstår godt hva som er intensjonene bak reglene og kan vurdere om det er samsvar mellom intensjoner og praksis.

I neste omgang (i løpet av 2012) skal vi gjennomføre en survey blant fastlegene i forbindelse med evalueringen av IA-avtalen og protokollen.

## 5.4.2 Utfordringer i legerollen

Som tidligere forskning også viser, er det å være pasientenes advokat samtidig som de skal være portvakt for trygdeordningene, kanskje den mest sentrale rollekonflikten legen opplever innen sykefraværarbeidet. En lege sier det slik når vi spør om hvilke utfordringer legene møter i sin arbeidshverdag i dag:

*"Nei, den største utfordringen er den skvisen vi kommer i. Som portvokter for, eller hva man skal si, for helse, for å si alt da, men i forhold til sykefravær så er det i forhold til NAV, og hva pasienten forventer. Og vi er jo vant til å være flinke og lojale vi, men vi føler et veldig krysspress i den situasjonen hvor en kommer og ønsker sykemelding, så oppleves det vanskelig. En ting er hva vi mener og tenker selv, en annen er hva pasienten forventer, og den tredje er på en måte hva samfunnet og NAV da, i og for seg aksepterer og forventer - for der blir man satt under veldig press" (Fastlege/NAV-overlege).*

Dette er helt i tråd med det som har kommet frem i tidligere forskning, jfr. kapittel 5.2. I tillegg til dette opplever legene at det nå i større grad stilles spørsmålstegn med deres vurderingsevne når det gjelder det å sykmelde.<sup>23</sup> En av respondentene sier det slik:

*"I de mange årene jeg har vært i allmennpraksis så har det jo vært veldig fra å føle at – min vurdering stoler samfunnet på, har blitt mer at det skal kontrolleres i alle bauger og kanter, og dokumenteres og, og det gjelder jo også alle sanksjonene... det er det de [legene] sier er den største utfordringen. I tillegg så er det all kommunikasjon. Hvordan få den igjen akseptabel og på en måte i forhold til taushetsplikt, og i forhold til journalførelse, ja, ren logistikk hvis du skjønner hva jeg mener. Det tror jeg er de største utfordringene." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør videre om det er utsikter til bedring i situasjonen og han svarer:

---

<sup>23</sup> Jf. debatten rundt 5-timerskurset i sykmeldingsopplæring rett før jul 2011

*"Nei, jeg synes jo det blir verre og verre. Jeg ser med gru på fremtiden som fastlege." (Fastlege/NAV-overlege).*

Når vi spør om hva han tror konsekvensen av dette vil bli svarer han:

*"Nei, konsekvensen er at man ikke gidder å være fastlege... at man får vært for lite doktor. Man blir byråkrat i stedet for doktor, og det er ikke det man har lyst til. Økonomien i det er ikke noe dårlig, så vi taper ikke penger på det eller noe, så det er klart, men hvis pengene blir grunn for å være doktor så har jeg tapt litt, føler jeg." (Fastlege/NAV-overlege).*

*"... Og det andre jeg er bekymret for i forhold til dette er at det gode lege/pasient forholdet er under press. Hvor vi må, det er ikke bare NAV vet du, det er jo legemidler, HELFO, det er kurbad, det er større krav i forhold til generell helse... det er sånn, noen ganger så sier jeg sånn for spøk... - nå forventer jo pasienter et evig smertefritt liv med fem orgasmer om dagen." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør videre om han tror dette kan overføres til arbeidslivet også, om at vi har for store forventninger til arbeidslivet, at vi forventer at vi skal ha meningsfylte oppgaver hele tiden osv. Denne legen tror det er slik.

Oppsummert kan vi si at de legene vi har snakket med mener følgende utfordringer er de mest sentrale i allmennlegerollen:

- Rollekonflikt (pasientens advokat og portvakt for trygdeordningene)
- Opplevd redusert tillit fra myndighetene
- Mye kontroll og dokumentasjon
- Forventet kommunikasjon utfordrer taushetsplikten
- Lege/pasientforholdet utfordres med strenge regler
- Forventninger fra pasientene/samfunnet om hva god helse er

Det vil selvsagt være variasjon i hvordan de ulike punktene vurderes og vektlegges. I en spørreundersøkelse som planlegges blant leger, kan vi kartlegge hvordan ulike leger rangerer disse punktene.

### **5.4.3 Legens holdninger og sykmeldingspraksis**

Som også vist i tidligere forskning (se kapittel 5.2), er ikke sykmeldingsrollen noe som vanligvis oppleves som en svært viktig del av fastlegenes aktivitet. Følgende sitat antas å være ganske dekkende for holdningene til denne oppgaven:

*"Sykemeldingsarbeid er noe vi må, og jeg tror, alle kan se viktigheten av - det samfunnsmessig i det, - men det er ikke derfor jeg ble doktor. Jeg prioriterer jo magesår og hjerteinfarkt foran det..." (Fastlege/NAV-overlege).*

Det handler ikke bare om holdninger til hva man har lyst til å gjøre, men det handler også om at en hele tiden må prioritere hva man skal bruke tiden på. Vi spør om sykmeldinger er noe som diskuteres rundt omkring på legekantorene, om sykmeldingspraksis er et tema, og vi får følgende svar:

*"Masse. Sånn som det har blitt nå, så istedenfor å diskutere, og det er jo i pasientenes disfavør, istedenfor å diskutere behandling for diabetes, så diskuterer vi reseptkontroller og sykemeldinger. Så vær så god, dere får de legene dere vil ha. Samfunnet får de legene samfunnet ber om." (Fastlege/NAV-overlege).*

Gjennom et litt for ledende spørsmål spør vi om legefokuset rundt sykefraværsoppfølging bidrar til å ta bort fokus fra arbeidsplassen og får bekreftet dette med følgende utsagn:

*"Ja, og det er også et av mine absolutte hovedpoenger. Det at ansvaret for sykefraværsoppfølging må være mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Og så sier jeg at det første en arbeidstaker skal gjøre hvis han begynner å føle seg ikke i stand til å gå på jobb, så skal du kontakte arbeidsgiver først og ikke legen. Og jeg synes det er en kunnskapsløshet jeg, mangel på forståelse å forvente at legene skal si nei til, og være den som stopper sykemelding på sånne." (Fastlege/NAV-overlege).*

Legen kommer inn på dette med sykmeldingsrettigheter til Utøya ofrene, noe som ble mye diskutert i media og illustrerer noe om hvordan sykmeldingsreglene praktiseres:

*"Ja, og dere kan tenke dere selv at hvis et barn hadde omkommet og dere hadde kommet til legen og han hadde sagt at nei dette er ikke grunn til å bli sykmeldt. Det sier seg selv at [...] skal jeg drive å krangle? Det er mange ting man skal gjøre, og vi skal, fastlegen skal jo være en støtte. Og det er den rollen, vi kommer i en ekstrem skvis som fastleger, hvis vi skal være så, - hvis vi skal på en måte følge lovens bokstav og ikke sedvane da." (Fastlege/NAV-overlege).*

Legene finner lett frem til mange tilsvarende eksempler på vurderingene de gjør i sin sykmeldingspraksis:

*"Jeg har en som dukker opp i hodet mitt nå, en veldig ryddig og ordentlig familie. Kona, hun som er sykmeldt, min pasient, er 55 år og sykepleier. Mannen er terminalt syk med prostatakreft. Han er dårlig og må begynne med mye morfin, og hun har vært 20 % sykmeldt lenge. Og da er du midt oppi dette her. Hun har egentlig ikke rett til sykemelding. Og da mener jeg at en leges jobb skal være at jeg ikke skal stå og krangle med henne og nekte henne sykemelding." (Fastlege/NAV-overlege).*

Han forteller vider at dattera til den prostatasyke mannen, som også er pasient hos ham, kom og ville ha sykemelding fordi faren var syk og hun hadde konsentrasjonsproblemer på jobb. Hun fikk ikke en langvarig sykemelding, men legen forteller at han i slike tilfeller bruker korte sykmeldinger, graderte sykmeldinger - nesten for å gjøre det litt vanskelig for dem. Begrunnelsen er da at han mener at dattera ikke skal være fullt sykmeldt fordi faren holder på å dø. I dette ligger en omsorgsfull vurdering av hva som er bra for datteren og han sier at det ikke er bra for henne å våke ved hans seng i tre måneder.

Samtidig sier han senere i intervjuet:

*"Ja, så med ho dattera, så hadde jeg da sagt at hvis du hadde valgt å komme tilbake og tilbake og tilbake, så hadde jeg nok skrevet sykemelding, men med veldig tydelig beskjed til NAV mellom linjene, her må NAV gripe inn og stoppe dette. (Fastlege/NAV-overlege).*

Denne arbeidsdelingen begrunnes med at han som fastlege må opprettholde sitt forhold til pasienten, og mener det er NAV sin oppgave å stoppe sykemeldingen.

*"Men det er litt sånn det er, for å beholde forholdet, og jeg mener at det er NAV sin oppgave å stoppe de sykemeldingene, så er det vår, legers oppgave, at de må være dønn ærlig på hva som er bakgrunn for det. (Fastlege/NAV-overlege).*

Det er vel ikke opplagt at dette er en tilnærming NAV eller arbeidsgivere vil være enig i, og legen sier også at han er interessert i å diskutere om dette er en riktig tilnærming, men at han står for dette. Det er kanskje fordi det ikke ser ut til å finnes noen gode alternativer i dagens system, når vi vet at forholdet til pasienten er noe av det viktigste for legen.

Den andre legen gir også et eksempel på situasjoner når han gir folk litt ekstra tid for å komme seg opp igjen, gjennom å sykmelde:

*"Og det er jo ofte sånn: 50 år, lærer, møtt veggen, sliten, deppa, eller syk mamma som jeg må pleie eller en unge på stoff og på kjøret. Ute å lete etter om natta. Da får folk litt tid." (NAV-lege/Fastlege)*

Samtidig ser vi at det er noe i det som mange arbeidsgiverne mener, at legene har noen triks for å unngå at pasientene presses tilbake på jobb. Et eksempel er å hjelpe pasientene til unngå dialogmøter:

*"Veldig mange får brev om dialogmøte og sier da – nei, nå vil jeg blir friskmeldt. Og så, det kan jo være et knep å friskmelde, og så la det gå 14 dager og så er møtet kansellert, og så gjenoppstarter du sykemeldingen.. For da går det fort en måned eller to før NAV kommer på banen igjen. (NAV-lege/Fastlege)*

Vi kommer inn på hva legene gjør når det opplagt ikke er sykmeldingsgrunn for pasienten sin situasjon, og de forteller at de forsøker å fortelle pasientene konsekvensene av å bli sykmeldt:

*"... og det som i hvert fall jeg pleier å gjøre, er å si at det er kun grunnlag hos deg selv som gir grunnlag for sykemelding, men hvis du forteller meg hva som feiler deg så har ikke jeg noe problem med å... jeg lager ikke noe nummer ut av det. Men det vi bruker som sykdomsdiagnose, det kommer til å stå i NAV sin rapport for alltid, og det kan forsikringssekskap og sånn og sånn få innsyn. Da sier en av ti nei da dropper vi hele sykmeldinga." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi er litt naive og sier tvilende at det er vel ikke sant at de kan det, men legen bekrefter at forsikringssekskapene får diagnoseinformasjon fra legene så lenge pasienten samtykker. Saksrapport kan også leveres fra NAV i oppgjørstilfeller. Og det må de jo om de skal få forsikring. Dette er interessant, men det faller langt utenfor rapportens rammer å gå inn på dette her.

Det legen henviser til her gjelder sannsynligvis tilfeller der det er opplagt for fastlegen at det ikke er et reelt behov for en sykmelding, og at de opplever at pasienten ikke trenger å være borte fra jobben. Vi prøver å få et mer generelt inntrykk av hvordan NAV-legen mener sykmeldingspraksisen blant fastlegene er, og får til svar:

*"Ja, altså et eller annet sted går det jo en sånn prostitusjonsgrense... Altså, i [Kommunenavn] så har vi en allmennpraktiker som rett og slett også er kirurg. Oppfører seg som det. Og sykmeldingen - det kan du nesten bare glemme hos ham. Kan du gå, så kan du gå på jobb. Og så har du de andre som: - Hvor lang sykmelding skal du ha? Som ikke legger noen føring eller engasjement i det. Og da er du på de 5 prosent på høyre og venstre side ikke sant.. og for folk flest, noe motstand må man jo få, men folk er forskjellig der.. noen er jo laga for å møte kognitiv motbør og positiv tenkning og «you name it», mens for andre slår det ikke inn. " (NAV-lege/Fastlege)*

Mens den andre legen svarer slik:

*"Jeg tror at vi leger har veldig lik holdning. Jeg opplever kanskje at noen av de yngre legene er litt flinkere til å si nei. Men de blir sykmeldt allikevel... De må krangle litt mer. Ville mer. Og de orker å stå litt lenger i krangelen." (Fastlege/NAV-overlege).*

Som vi så i gjennomgangen av tidligere forskning, er det motstridende resultater om hvorvidt alder har særlig betydning for sykmeldingshyppigheten, men det kan kanskje være fordi det stort sett ender med en sykmelding uansett om pasienten ønsker det. Kanskje er det slik at 90 prosent av legene har relativ lik holdning i forhold til sykmeldingspraksis, mens de fem prosentene på hver side har det som kan kalles avvikende sykmeldingsatferd. Dette vil sammenlikningsstatistikken til NAV mellom leger sannsynligvis snart kunne gi svar på. Først og fremst må en da være fullt i stand til å kontrollere for pasientsammensetningen til fastlegene, jfr. tidligere forskning (kapittel 5.2).

Noen leger mener det bør være bedriftshelsetjenesten (BHT) sin oppgave å vurdere tilrettelegging på arbeidsplassen om det trengs medisinsk kompetanse, jfr. tidligere forskning. Andre leger har ikke spesielt stor tro på BHT og utdyper:

*"Jeg synes de kommer og går akkurat som de vil, litt sånne troll i eske. Noen ganger dukker de opp og gjør en jobb, men du kan aldri være sikker på at de er der. Jeg føler at de, akkurat når det passer dem, så skyver de bare ballen over på fastlegen. [...] men de gjør en liten innsats her og der, dukker opp på møte her og der, og gjør sikkert noe okay innimellom, men jeg opplever fint lite kontinuitet i det de har gjort. Det er min erfaring da. (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi har i liten grad informasjon om samarbeidet mellom leger og bedriftshelsetjenestene, men kommer tilbake til BHT i kapittel 6.

Vi har også spurt legene om de tror norske arbeidstakere har dårlig arbeidsmoral. Den ene vi snakket med svarer slik:

*"Nei, jeg opplever ikke det. Jeg opplever at det er heller mye mer med type jobb å gjøre. Er man selvstendig så er man jo ikke sykemeldt. Det ser man jo [...] det jeg tenker er at jo mer nyttig og viktig man er på jobben, jo mindre er man borte." (Fastlege/NAV-overlege).*

Så vi ender tilbake til at det er arbeidsplassen eller jobben som er viktig for å få folk til å være på jobb:

*"Hvis du oppfatter at jeg må på jobb - hvis ikke detter dette sammen. Det opplever jeg som 90% positivt, kun 10% negativt da, det er klart det kan være at noen ganger går det for langt og sånt, men i hovedsak så tror jeg folk setter pris på å få ansvar. Det er jo det som er nøkkelen til å få folk til å være på jobb." (Fastlege/NAV-overlege).*

Det ser ut som legene er enige i IA-tanken om at det er på arbeidsplassen motivasjonen til å gå på arbeid skapes. Samtidig opplever arbeidsgiverne at de motarbeides av legene for å få til de gode rammene for motivasjon og medbestemmelse. Særlig er dette knyttet til at legen er pasienten sin advokat og lite interessert i kontakt med arbeidsgiverne. Vi ser videre på hva legene sier om dette.

#### 5.4.4 Legen i advokatrollen

Fastleger med tilknytning til NAV er svært spennende intervjuobjekt fordi de har informasjon fra to aktører som skal samhandle om den sykmeldte. Vi spurte hvordan det var å sitte på den andre siden (fra fastlege til NAV-lege), og fikk til svar at det var smart av NAV å rekruttere leger fra fastlegene fordi de kjenner alle triksene og knepene legene bruker på vegne av sine pasienter for å unngå at NAV involveres eller griper inn i sykmeldingssakene. For eksempel finnes det flere måter å unngå at pasientene (og legen) må delta på dialogmøter:

*"...Tidligere var det bare å få folk til å være 80 % syk rundt uke åtte, så fikk de fred videre. Og det er folk opptatt av.. å få være i fred. NAV er et sånt finurlig potensielt spøkelse for mange." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør om hvorfor dette gjøres, om det er for å skjerme pasienten og vedkommende svarer:

*"Jeg sier ikke at jeg gjør, jeg sier at det kan man gjøre, og jeg har også gjort det, og da er det jo fordi at jeg, ehm, jeg forstår pasienten. Jeg blir hans advokat i forhold til det, og vet vel at, hadde alle sett alle oss i kortene nå, så hadde det blitt vanskeligere, da kunne vi ikke gjort det videre. Så det er en tilpasning. Det blir som å kalle sorg for søvnevansker." (NAV-lege/Fastlege)*

Han forklarer videre hvordan han opplever situasjonen:

*"Å være doktor for et menneske er for meg er å kjenne det mennesket over lang tid, på godt og vondt, psykisk, svake sider, sterke sider, ektefeller, ungenes sykdom, pleieoppgaver ovenfor syk mor og «you name it». Å lage en sånn syntese. Hvis jeg har et relativt normalt hode, og ikke liksom sykemelder alt og alle hele tiden, eller nekter å sykemelde, så tror jeg det at i forhold til å være sympatisk, å ta vare på et menneske innenfor et sosialdemokrati og de spillereglene, så tror jeg at doktoren er best -men dermed så får du sånn mye horribelt. Altså får vi jo bare lov til å bruke en diagnose som sykemeldergrunn, men livet er jo alle arenaer et menneske befinner seg i." (NAV-lege/Fastlege)*

Dette stemmer godt med tidligere forskningen som viser at legene fyller hullene de mener finnes i systemene ved hjelp av sin sykmeldingspraksis. Siden z-diagnose ikke gir rett til sykepengen, så bruker legene P-diagnose. For å gi pasienten den retten. Men de ser ikke på det som juks, de bare fyller et hull som er i systemet, fordi de burde hatt rett på å ha fri i den situasjonen de er i. Den ene legen gir følgende eksempel og kommer bort i dette med velferdspermisjon:

*"Og da vil jeg jo også si at sorg, dødsfall i familien - den ansatte går til arbeidsgiver og spør om å få permisjon med lønn. Nei, sier arbeidsgiver, det kan jeg ikke av hensyn til de andre, men du kan få permisjon uten lønn. Men hadde jeg vært deg hadde jeg heller gått til doktoren og fått en sykemelding. Og den pasienten kommer jo til oss og får en sykemelding. Nå har han brukt tid hos*

*oss, hos arbeidsgiver, og så får han en sykemelding. Og disse 16 dagene betaler jo arbeidsgiver ikke som. Hvorfor i søren kan han ikke da bare bevilge en uke?" (NAV-lege/Fastlege)*

Dette er et viktig poeng, vi hører ofte at legene forsøker å sende pasientene tilbake for å be om velferdspolis, men at arbeidsgiverne nekter og sender de tilbake til legen. Spørsmålet er da hvilke reelle muligheter legene har til å nekte vedkommende sykmelding.

Det å være pasientens advokat gjelder både overfor NAV og overfor arbeidsgiverne. Ovenfor NAV er det kanskje for at pasienten ikke skal utsettes for press de kanskje ikke tåler, og som er vanskelig å sette NAV inn i. Arbeidsgivere synes det er særlig tydelig at legen er pasientens advokat, og følgende utsagn viser når det kan være greit at den ansatte har støtte fra legen sin:

*"Og folk flest er jo normale og på bølgelengde og snakker greit, men mange arbeidsgivere der ute er i konflikt med sin ansatt. Mange venter bare på å få et eller annet så de kan bli kvitt han." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi ser nærmere på hvordan lege og arbeidsgivere kommuniserer i følge legene i neste avsnitt.

#### **5.4.5 Kommunikasjon med arbeidsgiver og taushetsplikten**

Legene vi har snakket med har en klar formening om at kommunikasjonen mellom arbeidsgiver og lege skal foregå på to måter:

*"Via blanketten, eller med pasienten til stede. Ellers så er det helt umulig i forhold til taushetsplikten. Det vil jeg hevde med all den tyngden jeg har! Og det kommer jo stadig, det hender jo oftere og oftere, at arbeidsgiver ringer direkte til meg." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør om det er tiden det tar å snakke med arbeidsgiverne som er problemet svarer han:

*"... det er jo greit det må være opp til oss å administrere og ringe tilbake og sånn, det er ett tema, men det er ikke det viktigste for meg i denne sammenhengen, for det er ikke så mye enda. Men det andre er det at jeg har taushetsplikt." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør hvilke arbeidsgivere det er som tar kontakt med legene og får til svar at det er gjerne de som er forbannet for ett eller annet. Vi ber om eksempel.

*"Ja, jeg kan jo ta et eksempel med en som jobba på bilmekanikerverksted. Og da begynte det med at han [lederen] ringte, og så sa han, - Jo jeg vil bare si hvem er du for en jævla idiot som sykmelder ham? Jeg så han kjøre fordi her akkurat!" (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør om hvorfor han var han sykemeldt og får svar:

*"Nei, det var noe fotproblemer. Litt sånn der «halvslækk» ungdom, det var det.. men jeg var ikke i tvil om at den sykmeldingen var okey, men det stemte, han kjørte fordi der og... men da har vi begynt der, og da blir det lite konstruktivt altså. Og da må jeg bare si, allright, jeg hører hva du sier, men jeg kan ikke kommentere det i forhold til taushetsplikt. Og andre ganger så er de litt mer utspekulert og starter med hvordan er det med han, og sånn prøver å lure litt opplysninger ut av meg da, hva er det for noe.. og jeg sier at jeg har nesten slutta å ta imot de samtalene jeg. Jeg vil ha kommunikasjon, skriftlig via sykefraværsblanketten, for da ser pasienten det. Eller så vi*

*har et møte, så skal jeg strekke meg langt for å komme i møte med dem." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi stilte samme spørsmålet til den andre legen og han svarer:

*"Og så er en del arbeidsgivere som prøver seg. Og ringer til doktoren fordi de har en klar formening om at han maler huset eller gjør et eller annet.. og doktoren nekter å prate med arbeidsgiver. Sorry, kan ikke engang bekrefte om pasienten har vært her, og strengt tatt så kan jeg ikke det. Men okay, han ser nå at det er en sykmelding med mitt navn. Sånn er spillereglene." (NAV-lege/Fastlege)*

Han forteller videre:

*"... og så har du det andre.. der arbeidsgiveren har et eller annet dritt å fortelle om pasienten som de synes vi skal vite... sånn at de stiller underforstått spørsmålstegn ved sykmeldingen du har laget. Og som doktor så tar ikke vi i mot det. Da må du få kopi, eller be pasienten ta det med når han kommer neste gang i tilfelle." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør om det er slik at de ikke tar telefonen neste gang den arbeidsgiveren ringer og får følgende svar:

*"Nei, prinsipielt, hvis ikke jeg har fått pasientens samtykke til å snakke med han, så snakker ikke jeg med den arbeidsgiveren. For det går nesten ikke an å føre en samtale uten at du da sier et eller annet som kan brukes for eller imot eller relateres til det." (NAV-lege/Fastlege)*

I det følgende sitatet er denne legen inne på både dette med funksjonsvurdering og taushetsplikt:

*"... altså, diagnosen er P76, depresjon, du skal ikke si diagnosen til arbeidsgiver, men du skal si funksjonsmessige konsekvenser av den. Det har ikke vi lært noe særlig om på doktorskolen. Og dette er kjempevanskelig. Og hvordan skal du formidle til en arbeidsgiver at pasienten, arbeidstakeren hans, er deprimert, uten å si det? Altså, dette er kjempevanskelig." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør vedkommende lege om det er viktig å vite hva pasienten jobber med, og får følgende svar:

*"Depresjon kan jo være generelt vansker med å komme i gang om morgenen, trenger tid for seg selv, må skjermes i perioder, blir avsporet, konsentrasjonsvansker osv. Sånn forbigående, og det vil jo gjelde uansett om du står ved et samleband eller er kirurg. Og så blir det da avhengig av de faktiske oppgavene. Ikke sant, står du med farlig verktøy og plutselig er i dine egne tanker så kan det bli veldig dumt..." (NAV-lege/Fastlege)*

Som vist til i delkapittelet om arbeidsgivernes forventninger til legene, er det få som mener at legene har særlig informasjon om hva den sykmeldte jobber med. Vi spør legen om de har kunnskap om hva pasienten jobber med og får følgende respons:

*"Nei. Overhodet ikke, og du kan si, en sykmelding, altså formalia om et menneske, hvis jeg møter deg første gang som min pasient, så aner ikke jeg hva du gjør.. du jobber i IT, data sier du til meg. Okay, "data" kan jeg rable ned på i mitt register. Og yrkestittelen er konsulent. Da vet jo ikke jeg noe om hva du er, og jeg har egentlig strengt tatt, i hvert fall ikke tidligere, hatt noe behov for å*



*vite mer. For hvis du ber om sykmelding for hodepine, så er det uavhengig av hvor du er?" (NAV-lege/Fastlege)*

Vi har forsøkt å spørre ulike leger om hvor mye av tiden sin de bruker på sykmeldte for å få begrep om hvor omfattende dette arbeidet er. De sier det er vanskelig å svare på dette, for de har ingen registrering på slikt. De forteller at et sykefraværstilfelle som ender med en uføreerklæring selvsagt tar mye tid, men at generelt er det ikke så stor andel av legens tid som brukes til sykmeldte og at det heller ikke er opplagt at dette skal ha høy prioritet:

*"Eh, oppfølgingsarbeid fra NAV er jo sånn som kan vente, bli lagt til siden, gjort når ledigheten og tiden tillater det, - eller pengene stopper hos sykmeldte." (NAV-lege/Fastlege)*

Denne legen er tydelig på at det er kontakten mellom legene og NAV som har det største potensialet for kommunikasjon:

*"Så nettopp den type arbeidsgiver som har behov for å si noe, må si det til NAV. For NAV snakker da med meg, og de snakker med meg med lovlighet. Og jeg svarer NAV tilbake med lovlighet." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spurte om det var full åpenhet om alt og ingen taushetsplikt mellom NAV og legene rundt den sykmeldte og fikk følgende svar:

*"Nei, de har åpne kanaler begge veier. Du kan si.. jeg som doktor vet alltid litt mer om min pasient enn det jeg syns NAV behøver å vite. Men jeg er pliktig å svare de så langt at de får gjort jobben sin. Men en depresjon, at den egentlig skyldes samlivet som er fullstendig skrantende, eller økonomien/underskudd/underslag eller... Det angår ikke alltid NAV. Det blir ikke en gang journalført nå, for journalene skal jo bli åpne mye mer. (NAV-lege/Fastlege)*

Vi har foreløpig ikke nok informasjon til å gå videre inn på diskusjonen om kommunikasjonen mellom legene og NAV, men vi er litt usikre på om det er så uproblematisk som det her høres ut. Det er mulig noe annet hadde kommet frem med mer informasjon fra fastleger uten spesiell kobling til NAV, og fra NAV-personell uten spesiell kobling til legene.

#### **5.4.6 Diagnosefokus**

Vi prøver å få litt mer tak på hva som er problemet med taushetsplikten, foruten det innlysende og forteller legen om et intervju vi hadde med ansatte på et NAV lokalkontor og sykmeldte som tilhører det NAV kontoret. Fra de sykmeldte hadde vi fått vite at de uten unntak diskuterte diagnose på dialogmøtene, også uten at legen var til stede. Vi har foreløpig ikke gjennomført mange nok intervju med lokalt NAV ansatte til å vite hvor vanlig dette er, så vi spurte om legene hadde noen kommentarer til dette. Denne legene mente dette var helt naturlig og at han alltid anbefalte pasientene å være åpen om diagnosen til arbeidsgiveren. Problemet med at diagnose ble diskutert på dialogmøte var et ikke-problem for denne legen, og han forsto egentlig ikke hvorfor vi spurte om dette i det hele tatt. Vedkommende lege var også opptatt av at NAV trenger mer medisinsk kompetanse, så det var en naturlig sammenheng.

*"Og det er det jeg sier med at jeg er bekymret over den medisinske kompetansen generelt i NAV ... må jo ta med helse i dette, og det blir et teoretisk spill at – nei, diagnosen, det skal de ikke vite (Fastlege/NAV-overlege).*

Som vi så tidligere i kapittelet, opplever også mange arbeidsgivere det som naturlig, og kanskje ofte nødvendig, at det er åpenhet rundt diagnosen til den ansatte. Vi spør videre hva som skjer i møte mellom arbeidsgiver, lege og NAV, om det er slik at diagnose naturlig kommer opp. Legen svarer:

*"Ja, det gjør det. Og det har vi gjort rutinemessig på NAV, det syns jeg jo NAV gjør jo allright, de sier alltid at vi gir pasienten adgang til å frita meg, da, fra taushetsplikten. Og det lønner seg jo nesten alltid for dem. Jeg anbefaler mine pasienter å være åpne i forhold til arbeidsgiver, det er veldig lite som, alt avhenger av, bygger på mistenksomhet og sånn.. vær åpen på det du kan, men hvis det er noen som jeg vet ikke er åpen, så passer jeg på å si det med en gang, jeg har jo i 99 av 100 tilfeller snakket med min pasient før et dialogmøte." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør hva som skjer i tilfellene når legene ikke er med, i møtet mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV.

*"Ja, da er det kjempeviktig at vi leger er til stede. Hvis jeg får høre om det som lege, at dette er, en av de, og dette er under 10% av sakene altså, som er konfliktfylte og vanskelige - at dette møtet bør ikke holdes uten meg." (Fastlege/NAV-overlege).*

Denne legen forteller litt mer rundt hvordan legene samarbeider med NAV, og henviser til kommunen han jobber i at der har NAV faste ansatte som har dialogmøter og at det er åpent for legene å ikke delta dersom det er en proforma-sak. Legen skriver gjerne noen linjer om saken og sender over til NAV, så er de ferdig med det. Legen snakker her om dialogmøte to, så situasjonen blir en helt annen der arbeidsgiver og legen skal organisere møtene uten NAV, altså det som nå er dialogmøte én.

Uansett, det er at slik reglene og fokus rundt oppfølging av sykmeldte, tilretteleggingskravet i arbeidsmiljøloven, kontrollrutinene og sanksjonene gjør det svært upraktisk for alle aktører om ikke diagnosen diskuteres. Samtidig er det stort fokus i dokumentene rundt IA-avtalen og reglene rundt oppfølging av sykmeldte at det skal handle om arbeidsevne og funksjonsevne, og ikke diagnose. Her er det noe som i liten grad er diskutert og debattert, men det er et svært viktig tema, både for den enkelte ansatte, legene, NAV og arbeidsgiverne. Det kan nå virke som at forventningene er åpenhet om diagnose som hovedregel.

Ebba Wergeland, lege, forsker og spesialist i arbeidsmedisin, er inne på dette i en kronikk i «Dagens medisin» 8. desember 2011. Hun skriver der blant annet:

*"Arbeidsmiljøloven bygger på at arbeidsgiver er den sterke part i forholdet til arbeidstaker, og at de kan ha motstridende interesser. Derfor er det strenge grenser for arbeidsgivers adgang til helseopplysninger. Arbeidstakerens samtykke er ikke nok til å åpne legejournalene, for arbeidstakeren vil ofte være under press. Personvernet går normalt foran arbeidsgivers kontrollbehov."*

Hun sier også at når sykmeldte har fått plikt til å informere arbeidsgiver om sin funksjonsevne jfr. folketryktdloven § 8-8, betyr dette i praksis nesten alltid å gi noen helseopplysninger. På denne måten

er de sykmeldte blitt forpliktet til å gi opplysninger som arbeidsgiver normalt ikke har lov til å innhente, selv med arbeidstakers samtykke.

Dette stemmer med det mønsteret vi ser. Diagnose diskuteres hyppig på dialogmøte, og legene ser ut til å anbefale sine pasienter åpenhet rundt diagnoser. Arbeidsgiverne kan tolke tilbakeholdenhet med helseopplysninger som uvilje og at de "har noe og skjule". Presset for å oppgi helseopplysninger virker systematisk og nesten en betingelse for å få til å følge reglene.

Vi synes det er nødvendig her å referere til det som sagt i denne sammenheng i protokollen tilhørende IA-avtalen, der det står at sykmelder skal delta i dialogmøte:

*"Sykmelder vil også kunne bidra til en bedre dialog, hvor vurdering av arbeidsevne inngår som et vesentlig element. Den sykmeldtes diagnose skal ikke diskuteres i dialogmøtet." [Protokoll mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen].*

Dette stemmer dårlig med den virkeligheten som beskrives både av arbeidsgivere, arbeidstakere, leger og NAV-ansatte.

Som svar på Wergeland sin kronikk, skriver arbeidsminister Hanne Bjurstrøm følgende i et innlegg i «Klassekampen» 14. januar 2012:

*"Tilretteleggingen skal imidlertid bygge på en vurdering av arbeidsevne, i motsetning til medisinsk diagnose. Arbeidstaker plikter ikke å gi medisinske eller sensitive opplysninger, men skal opplyse om hva han eller hun mener å kunne utføre av oppgaver.*

Følgende er også poengtert på Arbeidstilsynets nettsider:

*"Arbeidstaker plikter bare å gi opplysninger om sin arbeidsfunksjon. Arbeidstaker har ingen plikt til å gi arbeidsgiver medisinske eller andre private opplysninger.*

På samme sted oppfordres arbeidsgivere til alltid å ha fokus på tilrettelegging fremfor diagnose og kontroll. Det er derfor mulig at reglene nå har blitt så strenge at det oppleves som vanskelig for aktørene å følge reglene om ikke det er åpenhet rundt informasjon om helse og diagnose.

### 5.4.7 Graderingsmuligheter

Alle legene vi har vært i kontakt med har i utgangspunktet vært positive til gradering. Vi spør hva potensialet for gradering er og får følgende svar:

*"Snudd på hodet, det er vanvittig få du ikke kunne ha gradert. Altså infeksjon og en del sånn ekstremtilfeller, av hensyn til den sykmeldte eller omgivelsene. Men jeg ville gjettet 70-80% av alle sykmeldte kunne ha vært på jobb. Men så skjønner jeg jo at arbeidsgiveren syns dette blir idioti. At det skal komme en på jobb bare for å være på jobb." (NAV-lege/Fastlege)*

Denne legen kommer altså fort inn på ulempene med gradering, men sier videre:

*"Men fordelene med å bare være på jobb er jo at... jeg syns det er tungt å komme tilbake på jobb når jeg har vært fire uker på ferie.. skal jeg være åtte uker helt sykmeldt så blir det enda tyngre.*

*Og så vet vi jo at den største utkastelsesmekanismen er jo hvor lenge fraværet har vært. Sjansen øker hele tiden for at du ikke kommer tilbake" (NAV-lege/Fastlege)*

Og han kommer også inn på insentivene for virksomhetene med å la NAV ta regninga:

*"Men så blir det det at vi har masse små bedrifter som er happy med at NAV tar regninga. Der hadde vi jo tidligere muligheten til å servere de inn på aktive sykepenges. Men det blir jo noe annet med en gradert 20%, at da får ikke arbeidsgiver refusjon for det." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør hva som skjer når arbeidsgiver nekter å tilrettelegge, fordi de ikke får det til da det gir driftsutfordringer, går ut over andre osv. Denne legen svarer slik:

*"Da blir det jo saksbehandler på NAV som skal vurdere det på et eller annet vis. Hvis jeg som lege sier at 20 %... i gamle dager vurderte vi jo veldig mye mot pasientens nåværende jobb, stadig mer av NAV sine endringer og nye lovverk er jo at vi skal vurdere mot et hvert arbeid. Og ikke engang nødvendigvis arbeid på det sosiale nivået du er nå, men også på et nivå under. Det å skaffe seg eller beholde arbeid. Så da begynner vi å få, da er det utrolig få som ikke kan være i aktivitet med et eller annet tilskudd eller ordning eller NAV-innsats hos en annen arbeidsgiver evt." (NAV-lege/Fastlege)*

Selv om han ikke svarte helt på spørsmålet vårt, kommer han inn på noe viktig. Det er endring i hva legen skal relatere funksjonsnivået til. Siden retningslinjene er slik, må dette bety at NAV skal kunne tilby den sykmeldte alternativ til nåværende jobb. Vi vet foreløpig lite om hvordan dette fungerer i praksis. Legen forteller videre at dette er langt i fra uproblematisk og at om sykefraværet antas å vare i en eller to måneder, er det om å gjøre å ikke sette i gang hele dette apparatet. Det høres ut som legene stort sett vurderer funksjonsnivå ut fra nåværende jobb når de sykmelder.

Denne legen har også oppdaget en ny måte dagens system kan misbrukes på:

*"Jeg ser jo at et stort problemområde nå, som et alternativ til AFP, så er det jo noen 60-åringer som har funnet ut at det lønner seg å jobbe et halvt år – være et år syk, jobbe et halvt år – være et år syk.. for å ha høyere opptjeningsgrunnlag. Sykepenges hele veien, slipper ufør og tull og bas som er bare 60 % av lønna. Men der sitter vi og venter til det har gjentatt seg noen ganger før vi kan se et system i det... men det er en lur måte å bli gammel på." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør om han tror at gradering vil redusere sykefraværet og han svarer slik:

*"Jeg tipper vi som NAV-leger kommer til å få flere saker der arbeidsgiver påstår et eller annet om arbeidsgiver, og arbeidsgiver påstår et eller annet om sine ansatte. Men jeg ser at vi kommer til å få litt mer ærlige doktorer. Hvis vi spør målrettet og de riktige spørsmålene til doktoren, nå snakker jeg jo mer om hvordan jeg fungerer. Jeg kan godt, som doktor når ingen spør meg, holde hemmelighetene for meg selv. Men hvis jeg blir spurt eksplisitt om sånn og sånn knyttet til kronisk tretthet eller slitenhetssyndrom eller depressiv fra NAV, så vil jeg svare på det fordi NAV spør. Og da går jeg ikke bak ryggen på pasienten, for jeg måtte jo skrive det, du vet jo selv at NAV har spurt, og hvis jeg ikke hadde skrevet det så er det jo dokumentforfalskning." (NAV-lege/Fastlege)*

Avslutningsvis snakker vi litt om sykefravær og hvilke konsekvenser av dette voldsomme fokuset på sykefravær får i systemene, og får høre en noe absurd situasjonsbeskrivelse:

*"NAV lager et vedtak i forlengelsen av sykmeldingen. Det blir sånn at er du kokk og har salmonella smittsomt i magen og er bærer av det får du ikke lov å gå på jobb, men du er frisk. Du får sykemelding som blir omgjort til penger etter spesiallovgivning. NAV gjør masse interne triks nå for å serve de her samfunnstoppene, politikerne... Mange gravide som er syke blir sykemeldt veldig hyppig - kvalme, bekkenløsning og ditt og datt. Så er det sær-regler som sier at hvis dette er svangerskapsrelatert så skal det egentlig ikke sykmeldes, men bare gis svangerskapspenger. Spesielle skjemaer som doktoren husker han fylte ut for to år siden og ikke vet hvor ligger, arbeidsgiver har ikke noe erfaring med det her. Vi sykemelder, og driter i alt det her andre. Men nå føres det kurs i NAV for at vi skal klare å løfte noen av de sykmeldte over på svangerskapspenger, for da går sykepengetallene ned. Og så har du de her som er hjemme og passer på syke unge, som skal ha pleiepenger eller foreldrepenger eller omsorgspenger. Også spesielle skjema, doktoren har ikke gjort det på tre år, hvert fall sjeldent. Da finner vi på noe da, hva feiler deg? Og så sykemelder vi mammaen eller pappaen. Selv om det ikke er de som er syke. Men de vil også NAV nå ha reindhårenhet, også for å få ned sykefraværstatistikken." (NAV-lege/Fastlege)*

Selv om dette er oppfatningen til enkeltleger, sitter disse i en posisjon som gjør at de er godt i stand til å vurdere begge sider (både NAV og fastlegen). Slike forhold, tradisjoner og kulturer er svært viktig å ha kunnskap om når man sammenligner sykefraværstater mellom land. Dersom det er slik at sykefravær i større grad brukes som løsning i Norge enn i de landene vi sammenlikner oss med, må en i alle fall se utgiftene til svangerskapspenger, pleiepenger og andre ytelser i sammenheng når man ser på forskjeller i sykefravær mellom land. Det kan være store praksisforskjeller som gjør at noe regnes som sykefravær i ett land men ikke i et annet.

Denne legen svarer slik når vi spør om det er endringer i kommunikasjonen mellom lege og pasient nå med de nye reglene:

*"Det nye er vel at både pasienten og legen har hørt at det er en forventning om gradert sykemelding.. Det skal være litt vanskeligere. NAV blander seg. Det er det nye, sånn at det er ikke riktig som i gamle dager at du og jeg som pasient blir enig om at sånn blir det - ingen blander seg." (NAV-lege/Fastlege)*

Som vi så i kapittel 5.3 mener arbeidsgiverne at legene gjør for liten innsats i forhold til de sykmeldte pasientene. I neste delkapittel spør vi legene om hva de mener om innsatsen til arbeidsgiverne når det gjelder de sykmeldte.

#### **5.4.8 Er arbeidsgivere flinke til å tilrettelegge**

Vi har også spurt legene om arbeidsgiverne er flinke til å tilrettelegge for de som trenger det. Den ene legen svarer generelt at arbeidsgiverne er kjempedårlige på å tilrettelegge. Vi spør da om det er noen spesielle tilfeller de kunne gjort mer og får følgende svar:

*"Nei, nesten alle. Men jeg skjønner argumentet, la meg si hjemmetjenesten da, i en kommune som [kommunenavn] som har så dårlig økonomi, - så skjønner jeg jo at det der er veldig vanskelig å tilrettelegge. Og tilrettelegger du for en, så blir det tyngre for andre og jeg skjønner*

*at det er kjempevanskelig. Men jeg føler litt at man sparer seg til fant, særlig i kommunen." (Fastlege/NAV-overlege).*

Den andre legen svar slik når vi spør om det er grenser for hvor mye som kan tilrettelegges:

*"Ja, for vi har et kapitalistisk næringsliv, og arbeidsmiljøloven som inneholder tilrettelegging i bønner og spann, altså, det funker jo heller ikke. (NAV-lege/Fastlege)*

Så selv om det er gode argumenter for at arbeidsgiverne bør tilrettelegge for de med behov, har legene forståelse for hvorfor det ikke alltid er mulig å få til. Begge var inne på dette med at offentlige virksomheter i mange tilfeller ikke går foran som gode eksempler, både i forhold til utstøting og ikke alltid optimal vilje for tilrettelegging:

*"For om det er [kommunenavn] eller NAV som betaler, det er jo offentlige midler uansett. Og er det en som kunne gjort en nytte for samfunnet med, si en barnehageansatt da, som kunne lest for ungene eller liksom, bare sitte og prate, være en samtalepartner. (Fastlege/NAV-overlege).*

Når vi spør hvem som skulle betalt lønna sier han at det er jo uansett offentlige midler, så det er ikke så farlig. Vi har inntrykk av at mange deler denne oppfatningen og legene er i posisjon til å observere mange ulike arbeidsgivere. Det kan være at offentlige virksomheter gjør en dårligere jobb på dette området, men det handler kanskje om at det er større forventninger til offentlige virksomheter og det er dette denne legen er inne på.

Både arbeidsgivere og leger tenderer til å mene at det må stilles strengere krav til den enkelte ansatte eller borgerne generelt. Denne legen sier:

*"Mye ligger der [på arbeidstakeren], men på ingen måte alt. Arbeidsgiveren også. Norge har jo veldig mange små bedrifter som sliter voldsomt med tilrettelegging, og hvis du først er syk så hold deg hjemme, så betaler NAV deg istedenfor at du skal gå her og gjøre noe vi strengt tatt ikke har behov for... og den ligger jo der hele tiden." (NAV-lege/Fastlege)*

Dette vil selvsagt arbeidsgiverne i liten grad innrømme, og som vist i kapittel tre er det også ofte at arbeidsgiverne ikke har muligheter. Det handler selvsagt om økonomi og mangelen på ledige produktive oppgaver, men også om at tilrettelegging for noen går ut over de andre ansatte. Dette er diskutert i kapittel 3.

#### **5.4.9 Erfaring med de nye reglene**

Denne rapporten handler ikke primært om de nye reglene fra 1. juli 2011, men vi tar med noen foreløpige betraktninger om dette og konsentrerer oss her om kontakten mellom arbeidsgiver og lege.

En tilfeldig lege vi snakket med, sa det ikke følte så godt å bli omtalt som "sykmelder" - Jeg er jo lege! Noen kan derfor oppleve det som nedlatende at myndighetene omtaler en profesjonsgruppe som sykmeldere heller enn leger, men vi har ikke undersøkt dette videre i denne omgang. Bruken av begrepet henger sammen med at det er flere enn legene som har sykmeldingsrett.

Med utgangspunkt i at arbeidsgiverne er veldig tydelig på at de har forventninger til at legene skal bidra i oppfølging av sykmeldte, har vi forsøkt å finne ut hvordan legene møter denne forventningen. Den ene av respondentene svarer slik:

*"Jeg ser jo fra politisk hold at det har blitt skrudd til stadig hardere og hardere i forhold til oss som fastleger, til stor frustrasjon og irritasjon, må jeg si som fastlege.. jeg ser også i forhold til arbeidsgiver at det blir skrudd til hardt... jeg antar at det er en frustrasjon og irritasjon der og... og jeg ser igjen at den sykmeldte, arbeidstakeren, går fri gang på gang på gang i forhold til krav om sanksjoner og alt dette her... så, jeg har vel tenkt sånn at det er politisk umulig da - dette er jo politisk bestemt. Og så det er stadig strengere krav til alle, unntatt til den sykemeldte arbeidstaker." (Fastlege/NAV-overlege).*

Det kan være mange fastleger som ønsker innstramminger i sykelønnsordningen, for eksempel å innføre karenndag, og som har stor tro på at dette vil føre til lavere sykefravær. Fordi det foreløpig ikke er gjennomført en kartlegging blant fastlegene etter regelendringene, er det vanskelig å si om det er ti eller 90 prosent av legene som mener dette. På diskusjonsforumet for allmennleger (Eyr) kan det se ut som det er mange, men de som har innlegg der er nødvendigvis ikke representativ for alle allmennlegene.

En av legene vi har intervjuet sier følgende:

*"Jeg tenker, når jeg går i London så ser jeg mange som går og rydder i gatene, med sånne gule vester. For meg ser det ut som uføretrygda eller sosialhjelpsmottakere... Altså, ytelse mot ytelse.. Og det lager bedre livskvalitet etter en doktors tenking... opp om morgenen, og i seng om kvelden. Litt respekt, de har en arbeidsplass, kan flørte, bli sett... Mens jeg vil gjette at syv av de siste ti uføresakene jeg har velsignet, med fordel kunne vært utbetalt et eller annet sted, og det mennesket som skulle ha de pengene kunne ha gjort det de kan. Og er du i stand til å forlate dyna om morgenen, gå på do, gå og skjære deg en brøds-kive så har du en viss arbeidsevne. Folk får ikke smurt noe uten armer, ikke sant... men før hadde vi jo de her verna bedriftene i bøtter og spann, men de er borte... de sitter hjemme og ser på tv og spiller data og drikker. Og går til grunne. Plager vettet av de rundt seg og har det ille med seg selv." (NAV-lege/Fastlege)*

Den andre sier følgende:

*"... jeg føler at det er helt håpløst, men da kommer igjen den politiske biten i det at man kan ikke røre arbeidstakeren, og så må man gjøre noe med det. Så hvor kan man presse? Da presser man arbeidsgiverne mer og mer, og legene presser man. Så man går ikke til roten av problemet med sykefravær, og det er samfunnets holdninger og forventninger, og den enkeltes forventninger til å sykemelde seg..." (Fastlege/NAV-overlege).*

Når vi diskuterer med leger og spør om en karenndag ikke først og fremst vil redusere korttidsfraværet, blir de ofte svar skyldige og har færre gode forslag til hva som kan gjøres for å få ned langtidsfraværet. Da er det ofte arbeidsplassen som blir temaet - eller forventninger fra storsamfunnet, eller så spør de seg om sykefraværet i det hele tatt er særlig høyt.

Vedkommende lege fortsetter med følgende spesifisering på det at det skrus hardere til:

*"Ja, og da som fastleger, hva skal vi gjøre, og hver gang man i et eller annet forum sier at, ja, blir jo plutselig noen flere timer i uka lagt på oss. Da får vi alltid det svaret, ja, da må vi redusere lista... det er svaret man alltid får, og okay, det er jo greit, man kan jo det, men er det i pasientens interesse? Er det ikke et poeng at pasienten skal kunne velge den legen de vil?" (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi går videre inn på den diskusjonen og spør litt naivt om dette ikke betyr at vi må ha flere leger. Vedkommende lege svarer slik:

*"Ja, det kan man selvfølgelig si. At man kan ha flere leger. Jeg tror at hvis man spør pasienter da, okay, nå har NAV valgt å gjøre en reform, som betyr at jeg som fastlege må jobbe tre timer mer i uka, da må jeg kutte ut 200 pasienter fra lista mi. Er det ønskelig for pasientene?" (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør om dette ikke er avhengig av alternativet da. De får jo en annen fastlege. Svaret er da at det ønsker jo ikke pasienten:

*"Nei, de gjør jo ikke det.. for de har jo valgt meg for eksempel. De har jo valgt sin fastlege, så det er jo ingen som ønsker å bytte, da blir man tvunget til å bytte fastlege på grunn av det." (Fastlege/NAV-overlege).*

Det ender opp med følgende oppsummering fra legen:

*"...Og man kan selvfølgelig også si det, er det fornuftig bruk av legeressurs?" (Fastlege/NAV-overlege).*

Det er kanskje lettere å skape forståelse rundt dette argumentet enn argumentene mot å redusere listelengde.

Flere av arbeidsgiverne mente at legene trenger disiplinering og en oppstramming. De legene vi har intervjuet, er ikke helt uenig i dette:

*"Og så vet jeg at.. altså, lovgiver har jo sagt at vi leger vi skal stort sett se folk annenhver uke i et sykmelderforløp. I praksis så ser vi dem den første gangen, og så gjør vi en under hånden avtale... at okay, arbeidsgiverperioden, ferdig med den, da får du en måned, og så kommer du annenhver gang... Og det blir jo en utrolig slett oppfølging, ikke sant da." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør om det ikke da er slik at det må stilles større krav til legene, slik at de følger opp pasientene sine skikkelig og unngår for lange sykefravær. Han svarer på følgende måte:

*"Jo, altså det ser jeg. Det blir en effekt. Det tvinger meg som doktor til å gjøre det, det tvinger pasienten til å medvirke til det. Og det vil jo falle gunstig ut for enkelte. På gamle premisser gikk det an å sykmelde folk flere måneder i strekk, nå er det maks to mnd., - helst bare to uker." (NAV-lege/Fastlege)*

Denne legen mener at legene sykmelder for lenge i mange tilfeller, og sier at sykefraværene etter regelendringene kommer til å bli kortere. Han sier også at legene nå i større grad må ta tak i de litt mer kompliserte tilfellene, og nevner særlig psykiske lidelser og rus:



*"Men disse vil vi måtte, for å kunne klare oppdateringene, spørre - har du snakka med arbeidsgiveren din, hva sier han, hva sier du, hva tenker du, hvor skal du. Det blir liksom litt mindre attraktivt, det blir litt mer styr for de som er sykmeldt. Det blir ikke bare å få en langvarig ferie og penger på kontoen." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi spør hvordan regelendringene vil påvirke fastlegerollen og vi får følgende oppsummerende svar:

*"... en fastlege, tiden er mangelvare, din primære jobb er å behandle syke, avdekke sykdom, finne på lure behandlinger, utredninger. Sykemelding er en dyd av nødvendighet. Den nye ordningen gjør at det blir mer arbeid. Oppfølgingsplaner skal leses, struktureres, settes inn. Hvis det står noe meningsfullt for legen og pasienten, så må eventuelt pasienten innkalles og konfronteres med det, som resulterer i nye papirer, enda flere sykmeldinger, det at det skal komme innkallinger til dialogmøte én, sannsynligvis per telefon eller, det blir mye mer beskjeder og dialogmøte 1 vil være med brutalt kort varsel. Så kort at det kolliderer med en dagsplan som allerede er full." (NAV-lege/Fastlege)*

Dette med å motta oppfølgingsplaner fra arbeidsgiverne er noe flere leger har vært skeptisk til, og det ser i hovedsak ut til å skyldes følgende:

*"Jeg vil ha kommunikasjon på sykmeldingsblanketten. Og jeg ville mye heller hatt den informasjonen av pasienten, dukkende opp på neste sykmeldingskontroll. For da har hun det tilgjengelig der og da, og da får du huka det av. Hvis ikke må jeg gå inn på pasienten, og det er plundrete..." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi spør hvordan de har organisert mottaket av oppfølgingsplanene på legekantoret deres:

*"Nå har vi, siden jeg gjerne vil være flink på det, da, er at nå har vi hver vår egen perm, et eget arkiv, hvor vi har de planene da..." (Fastlege/NAV-overlege).*

Han forteller videre at de har en perm per lege og at det er legen selv som huller og plasserer oppfølgingsplanene i permene. Vi spør om ikke sekretæren kan gjøre det, men legen svarer:

*"Nei, men det er, hvilken lege og hvordan skal, så vi har valgt å, vi kunne gjort det, men vi har valgt å gjøre det på legenivå da." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi snakker litt videre om de nye reglene og legen kommer inn på dette med sanksjoner, men viser liten forståelse for sanksjonene mot legene:

*"Ja, og så kommer jo det aldeles meningsløse med sanksjonssystemet... det er helt umulig å følge opp." (Fastlege/NAV-overlege).*

Noe av de samme meningene uttrykkes av den andre legen:

*"Sanksjoner ja. Nei, doktorer vil ikke like det. Og det medfører jo merarbeid, type du må jo journalføre som doktorer, og hvis du uteblir. Og du føler liksom at storebror ser deg, og at du lar deg irritere over at du skal evalueres av en arbeidsgiver. Post blir borte, eller beskjedene når ikke frem. Og da har du ikke journalført, og da får du liksom to år frem i tid spørsmål om hvor var du 23. mars klokka ti? Du skulle vært på møte sånn og sånn. Og da er man sånn, hæ? Og jeg ser, det blir fastlegen ikke sant. Den type situasjoner vil nok komme." (NAV-lege/Fastlege)*

Den andre legen snakker også om det at legene kan miste retten til å sykmelde om de uteblir fra møtene:

*"Ja, men det er jo en sanksjon tatt ut av alle proporsjoner." (Fastlege/NAV-overlege).*

Vi har også spurt om hva legene mener om at aktiv sykmelding fases ut, og får til svar at det synes de er helt greit. Vi får følgende begrunnelse:

*"Nei, fordi det ble misbrukt og utnyttet, og det ble veldig press på oss som leger fra arbeidsgiver om å bruke det. Og gradert sykmelding ivaretar det fullt ut synes jeg. Det er noen ytterst få tilfeller, og det er de som jeg ønsker å prøve, som jeg er veldig usikker på hvor mye de kan jobbe, som jeg da synes det var veldig fint å ha aktiv, for å kunne ha den perioden, der det var usikkert. Men det ivaretar vi nå med gradert sykmelding." (Fastlege/NAV-overlege).*

Legene fremhever også noen logistikkproblemer knyttet til kontakt med arbeidsplassen:

*"Alle de her arbeidsgiverne som skal begynne å kalle oss inn, ikke har noen erfaring i det, hvis jeg skal ringe en stor bedrift så har de jo 17 ledere. Noen overledere og noen sjefsledere, og hun som jeg kjenner hun jobber på utleveringen. Hvor skal jeg begynne å ringe hen? Hvem skal jeg snakke med? Hvem skal jeg spørre etter uten å si at jeg er doktor, og fordi hun er syk... jeg bryter jo tausheten bare for å komme i kontakt med dem, og de blir forbanna for de står jo og stanger i kø til oss, også er det telefontid mellom... og så kommer de sikkert med en uke, og knapt det, varsel. Og så prøver vi å få de til å komme til oss. Og det vil ikke de som er vant til å være enda mer sjefen enn vi er. He-he. Hvert fall i større bedrifter. Dit må vi nok komme." (NAV-lege/Fastlege)*

Vi har også spurt om endringene i reglene 1. juli 2011 vil føre til lavere sykefravær. Selv om mange leger mener dette ikke vil ha særlig effekt på sykefraværet, er det andre som har en mer positiv holdning:

*"Det ligger jo hvert fall til rette for det, men det krever jo masse fra alle parter tenker jeg. Ikke minst sånn kulturell tenking hos borgeren. Hos oss alle." (NAV-lege/Fastlege)*

Selv om vi har gjennomført relativt grundige intervju med to leger som både er NAV leger (forventer over gjennomsnittlig lojalitet til regelendringer) og fastleger, er det umulig ut fra dette å si om dette er representativt for alle fastlegene. Vi har systematisert noe av informasjonen fra intervjuene med de to legene, og presentert de for 17 leger i gruppe og fått direkte tilbakemelding fra disse. Det var stor grad av samsvar med det vi hadde med fra de to intervjuene. Det var også en del NAV-leger til stede blant de 17, så vi er foreløpig ikke sikker på representativiteten. Samtidig foregår det mye debatt på diskusjonsforumet til allmennleger på nett (Eyr), men det er heller ikke representativt.

Det er både begrensninger og styrker i en slik tilnærming til datainnsamlingen. Vi vurderer det som en stor styrke at fastlegene vi har intervjuet har en så god kobling til NAV, at støy og uro fra andre erfaringer med dette samarbeidet i liten grad farger holdningene til sykmeldingsoppgavene. Blant allmennlegene og fastlegene som har vært kritiske til regelendringene, finner vi mange med sterke meninger, men kanskje ikke like god kunnskap om hva som ligger til grunn for endringene. Dette er heller ikke å forvente og det er viktig å lytte spesielt godt til synspunkt blant de som pålegges oppgavene – da helst før endringene innføres.

Det er viktig å få med at vi også har snakket med fastleger som ser ut til å ha funnet en god balanse med det nye regelverket. Da tar de gjerne dialogmøtene på telefon og de bestemmer selv hvilke saker de går inn i. For eksempel tar de kontakt med arbeidsplassen om det er noe de selv mener de kan bidra med. Å avklare med pasienten om legen skal innkalles til dialogmøte eller ikke, kan for eksempel enkelt hindre at arbeidsgiveren kaller inn legene. En annen faktor som kan være viktig for å få dette til å fungere, er at NAV-kontoret som har oppfølgingsansvaret (oppfølgingsteam/markedsteam) har stabilt personell der det etter hvert utvikles et tillitsforhold mellom NAV og legene som gjør at det fungerer greit.

## 5.5 Sammendrag, diskusjon og konklusjon

### *Tidligere forskning*

Det finnes etter hvert en del forskning på legers sykmeldingspraksis, holdninger til sykmeldingsarbeidet, og opplevde utfordringer med forventninger og regelverk. Forskningen kommer stort sett fra Skandinavia og Storbritannia. Opplevelsene rundt sykmeldingsrollen ser ut til å ha en del fellestrekk i de ulike landene og særlig handler dette om rollekonflikter mellom det å være pasientens advokat og samtidig være portvakt for sykelønnsordningen. Allmennlegene/fastlegene synes det er vanskelig å vurdere funksjonsevne og arbeidsevne. De har lite kunnskap om den enkeltes jobbinnhold og når pasienten ber om sykmelding, er det sjelden at legen går veldig i mot dette. Fordi det er stor variasjon i hvor mye leger sykmelder, kommer det stadig forslag om bedre opplæring og utvikling i sykmeldingskompetanse. Det er likevel kjennetegn ved pasientene eller de sykmeldte som forklarer det meste av variasjonen i sykefraværstilbøyelighet, og når man sammenlikner legers sykmeldingspraksis bør en både ta hensyn til pasientsammensetning og lokale strukturelle forhold som lokal arbeidsledighet eller omfanget av jobbmuligheter. Det er motstridende resultat av sammenhengen mellom sykmeldingstilbøyelighet og kjennetegn ved legene.

Forskning viser at legers sykmeldingsatferd påvirkes av regelendringer og særlig er det godt dokumentert at regelendringene 1. juli 2004, der det blant annet i større grad skulle fokuseres på graderte sykmeldinger, hadde stor effekt på legers sykmeldingspraksis og dermed på nasjonalt sykefravær.

Det finnes svært lite forskning på samarbeid mellom leger og andre aktører i sykmeldingsarbeidet, og særlig ser samarbeid mellom arbeidsgivere og leger til å være et ikke-tema i litteraturen. Som vi skal komme tilbake til i diskusjonen, er det naturlige grunner til dette.

### *Ja, legene vet lite om virksomhetene*

Gjennomgangen av tidligere forskning viste altså at legene har lite kunnskap om den enkelte pasients arbeidsplass og jobbinnhold. Vi finner at det for den enkelte arbeidsgiver oppleves som vanskelig at legene ikke har god nok kunnskap om deres virksomhet eller bransje når de skal vurdere en sykmelding. Dette henger sammen med at arbeidsgiverne mener at legen ofte gjør feilvurderinger, og særlig at de sykmelder for ofte og for lenge om gangen. Legene bekrefter i stor grad at de mangler kunnskap om virksomhetene, og mener det er urealistisk at de skal ha en slik oversikt. Mange arbeidsgivere har store forventninger til legenes kapasitet for å tilegne seg denne kunnskapen, mens andre har en bedre forståelse for legens kompetanseområde.

### ***Tilretteleggingsviljen varierer og hvem prioriteres?***

Som vi har sett tidligere i rapporten, strekker arbeidsgiverne seg ofte langt for å tilrettelegge for ansatte som får helseproblemer. Noen tilrettelegger for lite, mens andre tilrettelegger for mye - slik at de andre ansatte får problemer. De fleste arbeidsgivere sier at de får til å tilrettelegge for noen, men at det finnes en grense for hvor mange som kan få tilrettelegging samtidig. Legene vi har intervjuet mener generelt at arbeidsgiverne tilrettelegger for lite, og at arbeidsgiverne i mange tilfeller synes det er bedre at NAV tar regningen, enn at de selv skal ta belastningen med å holde ansatte med lav produktivitet i arbeid og også betale lønnen deres. I praksis er det altså opp til arbeidsgiveren å bestemme hvilken og hvor mye tilrettelegging som gjøres for den enkelte. Legene mener at arbeidsgiverne tilrettelegger for lite, men dette kan ha sammenheng med at det kanskje ikke er de som trenger det mest som får den beste tilretteleggingen. Legene har heller ikke god oversikt over hva som gjøres av tilrettelegging ute i virksomhetene, og ofte tilrettelegges det for at det ikke skal oppstå sykefravær.

Det er altså sterke insentiver for at arbeidsgiver skal ønske at den som har redusert arbeidsevne ikke er på jobb. I de tilfeller arbeidsgiver ønsker vedkommende på jobb, særlig en ansatt som er vanskelig å erstatte, tilrettelegger de i stor grad. Spørsmålet er om denne tilretteleggingsviljen er like høy om det er en ansatt som er lett å erstatte og som kanskje har hatt en del fravær og har vært ustabil. Sannsynligvis er svaret nei – det er de som oppleves som mest verdifull (kan vurderes på mange ulike måter selvsagt) for virksomhetene, som får den beste tilretteleggingen. Et viktig spørsmål blir dermed om det er de som får tilrettelegging er de som trenger mest for å hindre langtidsfravær og at de ikke faller ut av arbeidslivet – som var hovedintensjonen med tett oppfølging av sykmeldte i utgangspunktet.

### ***Funksjons- og arbeidsevnevurdering er vanskelig, pasienten bestemmer.***

Forskning viser at leger synes funksjonsvurdering og arbeidsevnevurdering generelt er vanskelig, og kanskje kommer dette av at de i liten grad har formell opplæring på dette i legeutdanningen. Det har også sammenheng med at de i liten grad kjenner til hva som kreves på den enkeltes arbeidsplass. Dette gjør derfor at legene ofte er usikre i sykmeldingssaker og at det i stor grad blir opp til pasienten om han eller hun skal sykmeldes eller ikke.

### ***Forventninger fra den ansatte/pasienten***

Det er naturlig å tenke at dersom legene skal være en reell portvakt for sykelønnsordningen, må legen ha bedre kort på hånden når en ansatt kommer til legen for å få en sykmelding og legen ikke er enig i at det er medisinske årsaker til sykmeldingen. Begrunnet med fastlegeordningen er det også nødvendig at alle legene får de samme reglene å forholde seg til, slik at det ikke er mulig å få en sykmelding hos en annen lege om en ikke får det hos sin egen lege. Dette handler om forventninger til systemet, og legene føler at pasientene har sterke forventninger om å få en sykmelding om de føler de trenger det. Dette gjør at legen som enkeltperson må snu en nesten universell forventning til å få sykmelding i sitt møte med pasienten i en vanlig konsultasjon. Dette er en svært krevende oppgave og synes nærmest umulig innenfor rammene for en konsultasjon.

### ***Kontakt mellom arbeidsgiver og lege***

Regelendringene 1. juli 2011 lovfester et samarbeid mellom leger og arbeidsgivere. Med utgangspunkt i behovet fra arbeidsgiverne om å ha kontakt med legen som skriver ut sykmeldingene, ble det nå bestemt at arbeidsgiverne skulle kunne kalle inn legene til et dialogmøte på arbeidsplassen der arbeidsgiveren, arbeidstakere, bedriftshelsetjenesten og legen skulle møtes. Dette er ofte vanskelige møter for legene. At de skal sitte på en relativt uformell arena og være medisinsk sakkyndig er for mange en litt absurd oppgave. På dette møtet skal ikke NAV-representanter være representert og legen skal dermed både støtte den ansatte/pasienten, og være portvakt for sykelønnsordningen – ikke bare i sine egne vurderinger, men også i forhold til arbeidsgivers- og arbeidstakers krav og forventninger. I noen tilfeller kan dette fungere, men i andre tilfeller oppleves dette som en feil konstellasjon.

### ***Åpenhet om helsetilstand og diagnose***

Gjennom systemet som er bygget opp rundt oppfølging av sykmeldte, med oppfølgingsplaner, dialogmøter, tilretteleggingsplikt og ønske om å få til graderte sykmeldinger, ser det ut som helseopplysninger og diagnoseinformasjon flyter relativt lett mellom aktørene. Dette er betenkelig, og er sannsynligvis en uintendert konsekvens av det sterke fokuset på oppfølging av sykmeldte. Det bør nå gjøres en vurdering om dette er en utvikling som er ønskelig, eller om det kan finnes måter å dempe behovet for helseinformasjon i oppfølgingssystemet som er bygget opp. En kan tenke seg mange ulemper med en slik utvikling og særlig i forhold til de ansattes frykt for hvilke spørsmål de etter hvert må kunne svare arbeidsgiveren på, om arbeidsgiveren kan bruke denne kunnskapen mot dem på et senere tidspunkt, om andre ansatte og andre ledere kan få tilgang til denne informasjonen osv. At legen oppfordrer sine pasienter til åpenhet uten kanskje å tenke gjennom disse konsekvensene for den ansatte, er også noe betenkelig.

### ***Hva er alternativet til sykmelding?***

I mange tilfeller gis det sykmelding selv om det ikke er en medisinsk begrunnelse for det. Ofte kan behovet for å være borte fra jobben skyldes private forhold som syke og pleietrengende foreldre, eller at det er andre rundt familie/omgangskrets som har behov for hjelp. Dette gir ikke rett til sykepenger. Typisk vil legen si at dette bør du kunne få velferdspolis for hos arbeidsgiveren din. Arbeidsgiverne innvilger velferdspolis i varierende grad og den ansatte kan bli bedt om heller å gå til legen å få en sykmelding. Dette virker som en relativt vanlig situasjon i følge våre informanter. Alternativet er da at den sykmeldte verken får velferdspolis eller sykmelding (betinget på at alle leger følger de samme reglene), og må mestre situasjonen med både jobb og andre krav. Belastningen kan bli for stor og det oppstår et reelt behov for sykmelding og legen gjør rett i å gi sykmeldingen etter at belastningen har vart en stund og det utvikles helseproblemer, men altså ikke i forkant. Sett at legen vurderer at denne belastningen kommer til å bli for stor allerede ved første konsultasjon, og skriver ut en gradert sykmelding. Pasienten kan da unngå et langt sykefravær som skyldes overbelastning. Dette er reelle problemstillinger som i liten grad er diskutert i debatten rundt sykmeldingspraksis. I mange typiske livsfaseproblemer som belastning med omsorg for små barn, ungdomsproblematikk, skilsmisse osv., er det nettopp slike vurderinger legen må gjøre.

I andre tilfeller kan det være forhold på arbeidsplassen som er årsaken til at den ansatte går til legen og ber om en sykmelding. Legen vil i disse tilfellene vurdere helsekonsekvensene av å ikke sykmelde, og resultatet er i de fleste tilfeller at det innvilges en sykmelding. Legen vil kunne oppfordre den

ansatte til å snakke skikkelig med lederen sin, ta kontakt med verneombudet, fagforeningen, bedriftshelsetjenesten, eller andre. Vi er foreløpig usikker på i hvor stor grad legene gir råd om slik kontakt til en sykmeldt, men det synes opplagt at det ikke kan forventes at legen skal gå inn i en konfliktsituasjon – selv om noen leger velger å ta kontakt med arbeidsgiver for å høre hva som foregår.

Det kan også være personlige forhold på arbeidsplassen som gjør at den ansatte ikke takler arbeidet sitt så bra for tiden, og at det utløser behov for fravær. Det kan være nye oppgaver som den ansatte ikke mestrer på tross av god opplæring, det kan være dårlig motivasjon og arbeidslyst generelt, vanskelige kunder/brukere, misnøye med avlønning etc. Dette er ikke forhold som gir sykmeldingsrett, men dette kan være bakenforliggende årsaker til at den ansatte ønsker sykmelding. Dette er typiske situasjoner der man kan si at dette er forhold som må avklares mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Legene har lite å stille opp med her, annet enn kanskje å prøve å snakke med pasientene for å få ham eller henne til å se saken fra flere sider. Og igjen – oppfordre til å snakke skikkelig med arbeidsgiveren. Kanskje skal også legen i større grad tørre å nevne jobbskifte for pasienten som har en slik arbeidssituasjon. De legene vi har diskutert dette med sier at de synes det er vanskelig å ta opp dette med pasienten, særlig når dette påvirker jobbsikkerhet og lønnsmuligheter.

### ***Er det legene eller arbeidsplassene som produserer sykefravær?***

Selv om legene kan ha flere pasienter som er ansatt i samme virksomhet, har de sjelden oversikt over situasjonen på de enkelte arbeidsplassene. Med unntak av typiske hjørnesteinsbedrifter er det ofte vanskelig for den enkelte lege å se mønster i sykmeldingsproduksjon på den enkelte arbeidsplass. NAV får alle sykmeldingene og samler de og er derfor de som burde vært i stand til å se om det er opphoping fra enkelte arbeidsplasser, og om det er mulig å kunne gjøre noen tiltak rettet mot disse. Med NAV Arbeidslivssenter, som har mange godt kvalifiserte rådgivere, kunne NAV hatt tiltak rettet mot de som har avvikende sykmeldingsproduksjon. De kan da finne forhold både hos arbeidstakere og arbeidsgivere som forklarer sykefraværet. I dag er det rettet tiltak mot legene fordi det er stor variasjon i hvor mye de sykmelder. Om en snur på det, ved at det er på arbeidsplassene behovet for sykmeldinger oppstår eller blir synlig, skulle en tro at det var mer effektivt å sette inn tiltak på arbeidsplassene heller på legene. Det er som kjent svært store forskjeller i sykefraværet mellom virksomheter og med samme logikk som brukes om varierende sykmeldingspraksis mellom legger – burde det vært stort potensiale for tiltak på den enkelte arbeidsplass.

### ***Regelendringen 1. juli 2011 gir et alt for byråkratisk system***

Det er flere forhold med regelendringene 1. juli 2011 som etter vår vurdering er uheldig. For det første ligger det ikke forskning til grunn som sier at det å flytte dialogmøtet fra uke 12 til uke 7, og la dette foregå uten at NAV er representert, vil ha effekt på sykefraværet eller sannsynligheten for å komme tidligere tilbake til jobb.

For det andre synes det lite gjennomtenkt at arbeidsgiverne skal ha makt og myndighet til å kalle inn legene til dialogmøter, uten at de har noen som helst kompetanse til å gjøre dette. I følge legene kommer det mange rare innkallinger og det er ikke gitt noen retningslinjer på hvordan innkallingen skal skje eller når det skal innkalles til dialogmøte. Det ser ut til at en del arbeidsgivere kaller inn til dialogmøte med begrunnelsen at dersom de ikke gjør det, møtes de med sanksjoner fra NAV, men vi vet foreløpig ikke hvor omfattende dette er. Vi vet derimot at nesten to av tre virksomhetsledere mener de nye reglene har gjort sykefraværsoppfølgingen alt for byråkratisk (basert svar på

spørreundersøkelse fra over 2000 virksomhetsledere gjennomført i desember 2011/januar 2012). Dette er et tilfeldig utvalg av virksomheter som i 2009 var registrert som IA-virksomhet. Vi kan kanskje forvente at disse virksomhetene er mer positive enn andre virksomheter, slik at dette er et minimumsanslag.

Det er nå iverksatt et system med omfattende kontroll og sanksjoner rundt oppfølging av sykmeldte, uavhengig av diagnose og forløp. Dette synes overdrevet og basert på en tro om at det er omfattende misbruk av sykkelønsordningen fra alle aktører, og at aktørene ikke har intensjoner om å følge reglene. Vi er ikke overbevist om at dette gir gode løsninger, og foreløpig ser det ut til at "ting gjøres fordi de må gjøres – om ikke får vi sanksjoner mot oss" heller enn at ting gjøres fordi flere aktører er enige om at dette er en god tilnærming som de tror vil ha betydning.

At arbeidsgiverne skal sende oppfølgingsplanen til legene er også nytt fra 1. juli 2011. Dette kommer foreløpig på papir og passer dårlig med systemene på legekantorene. Det er ikke opplagt at disse benyttes i neste møte med pasienten, men dette er det godt mulig å finne løsninger på. Flere leger sier at planen burde kommet med pasienten. Vi har foreløpig ikke grunnlag for å si noe om hvordan legene nyttiggjør informasjonen som kommer i de tilsendte oppfølgingsplanene.

Hovedutfordringen i forhold til sykmeldinger er kanskje at ulike aktører (arbeidstaker, arbeidsgiver, lege, NAV) sitter med ulik informasjon. En prøver nå å utligne denne asymmetrien i informasjonen med mer involvering av alle aktørene der informasjonen skal bli mer symmetrisk. Det er kanskje i dette rommet mulighetene skapes, men det er også her byråkratiet vokser frem – særlig når en innfører sterke kontrollfunksjoner med tilhørende økonomiske sanksjoner.

De fastlegene som får til en god balanse med det nye regelverket forklarer at de tar dialogmøte på telefon og de bestemmer selv hvilke saker de går inn i. For eksempel at de tar kontakt med arbeidsplassen om det er noe de selv mener de kan bidra med. Å avklare med pasienten om legen skal innkalles til dialogmøte eller ikke, kan for eksempel enkelt hindre at arbeidsgiveren kaller inn legene. En annen faktor som kan være viktig for å få dette til å fungere, er at NAV-kontoret som har oppfølgingsansvaret (oppfølgingsteam/markedsteam) har stabilt personell der det etter hvert utvikles et tillitsforhold mellom NAV og legene som gjør at det fungerer greit.

Vi ser altså noen uheldige effekter av regelendringene, men vi har ikke grunnlag for å si at regelendringen i seg selv er feil, og det er godt mulig de nye reglene fører til bedre oppfølging av sykmeldte. Det er mulig det handler om ordlyd og praktiseringen av reglene og at det er det strenge kontroll- og sanksjonsregime som NAV er satt til å administrere som skaper vanskene. Flere har sagt at det er som å skyte på spurv med kanon eller å bruke et alt for finmasket nett for å fange de store. Dette synes foreløpig å være en god beskrivelse av situasjonen.

Men, uavhengig av regelendringene 1. juli 2011, ser det ut til å være dårlig grunnlag for å forvente at det skal foregå massiv kommunikasjon mellom arbeidsgivere og leger om enkeltpersoner som blir sykmeldt.

### **Utfordrende forventninger til kommunikasjon mellom leger og arbeidsgivere**

Det er flere grunner til at den forventede kommunikasjonen mellom arbeidsgiver/lege er utfordrende:

- Taushetsplikten til legen er sterk. De skal ikke uttale seg om pasienten til arbeidsgiveren, men de kan ta i mot informasjon.
- En lege har svært mange arbeidsgivere å forholde seg til. Dette er i seg selv uforenlig med arbeidsgivernes behov for at legen har god kunnskap om akkurat deres virksomhet, og at legen skal stå til disposisjon for sjefen til den enkelte sykmeldte.
- Arbeidsgivere har ikke kompetanse til å kalle inn til dialogmøte. De ringer gjerne dagen før møtet og forventer at legen kommer til virksomheten. Å oppdra alle arbeidsgivere er svært ressurskrevende, men det kan kanskje løses med bedre retningslinjer.
- Oppfølgingsplanene utarbeides fordi det må gjøres i følge loven, og planene gir ikke nødvendigvis noe informasjon som legen kan bruke i sin vurdering.
- Legekontorene har ikke noe system for å ta i mot oppfølgingsplaner og annen dokumentasjon fra arbeidsgivere. Dette kommer ofte i papirformat og kan dermed ikke lett legges inn i de elektroniske journalene, men dette er sannsynligvis mulig å få en praktisk løsning på.
- Om det foreligger uenighet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, er sannsynligvis ikke legen rette person til å gå inn i disse konfliktene.

Som arbeidstaker ønsker nok få av oss at arbeidsgiveren vår skal ta kontakt med legen vår. Det skaper utrygghet å vite at det foregår kommunikasjon rundt en selv uten egen deltakelse.

I vanskelige tilfeller er det selvsagt viktig at legen deltar på dialogmøter for å bistå med en medisinsk vurdering og for å gi prognostisk informasjon. Problemet i dag er at legene innkalles til mange dialogmøter de ikke har anledning til å delta på, eller som de deltar på uten at det kommer noe særlig ut av.

Det finnes helt sikkert leger som er for snar til å sykmelde, men det blir feil om det blir arbeidsgivernes oppgave å disiplinere legene. Det kan heller ikke være riktig at NAV skal disiplinere legene gjennom omfattende kontrollsystem som fører til overbyråkratisering og mistenkeliggjøring av leger. Legene er en autonom profesjonsgruppe som det sannsynligvis er mer effektivt å samarbeide med enn å forsøke å disiplinere.

Evalueringen av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel som Fafo fullførte på slutten av 2011, viste at selv om ordningen med avventende sykmelding er lite brukt, vurderes det å være et potensiale for økt bruk. Kommunikasjonsfeltene i sykmeldingsblanketten er også lite brukt, men i følge spørreundersøkelsene som ble gjennomført av Fafo, ønsket alle aktører en økning i kommunikasjonen gjennom blanketten. Evalueringen foreslår å øke informasjonsmengden til alle aktører og gi opplæringstiltak for legene i tillegg til at NAV må etterspørre bruk av kommunikasjonsfeltene og at "positive kommunikasjonssløyfer må erstatte dagens negative sløyfer". Evalueringen sier, så vidt vi kan



se, ingenting om hvor stort potensialet er og hvor mye dette kan bety i oppfølgingen av den enkelte sykmeldte.

### ***En mulig løsning***

I dag får i praksis NAV oversendt alle sykmeldinger på samme måte. De må gjøre en sortering av disse i forhold til prioritering, hvilke tiltak og hvordan tiltakene skal iverksettes. I dag er det NAV som i stor grad gjør denne prioriteringen. Spørsmålet er om det er de som er best i stand til å gjøre disse vurderingene. Flere av våre respondenter mener den medisinske kompetansen i NAV må økes. Er dette en riktig utvikling, eller kan legene i større grad bidra til denne sorteringen og dermed hindre dobbeltarbeid med sykmeldingene. Sannsynligvis er fastlegene godt i stand til å vurdere hvilken type oppfølging den enkelte sykmeldte trenger, og kan for eksempel gi melding til NAV om dette er et tilfelle som går av seg selv uten behov for tiltak hverken fra NAV eller andre, og om dette er noe arbeidsgiveren bør kunne klare å tilrettelegge for, kanskje med bistand fra NAV. Dette er allerede forsøkt i et prosjekt i Larvik som kalles 1-2-3-4, der legen på en enkel måte krysser av for 1, 2, 3 eller 4 der tallkoden viser følgende situasjon:

5. Kortvarig sykefravær, maks fire uker. NAV skal ikke foretas seg noe. Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.
6. Medisinske årsaker, legen følger opp. Legen skriver hvorfor det ikke kan være aktivitet, type behandling, lengde etc. NAV trenger ikke å foreta seg noe, kan bruke rådgivende lege mht. sykmeldingstid/behandling m.m. Arbeidsgiver skal drive normal oppfølging og kontakt med arbeidstaker.
7. Arbeidsgiver tilrettelegger. Brukes i de tilfeller hvor legen mener at arbeidsgiver kan tilrettelegge og at dette vil føre til at personen kommer seg tilbake innen x antall uker. NAV trenger ikke foreta seg noe. Unik mulighet for til å hjelpe sin IA bedrifter og til å rekruttere nye bedrifter til å tegne IA avtale.
8. NAV må følge opp. Fastlegen er usikker på "hva dette egentlig er", eller om arbeidsgiver har mulighet for å følge opp godt nok. Personen bør bytte jobb pga. manglende muligheter for tilrettelegging, fordi det kan være konflikt, tiltak fra NAV osv. Krever en vesentlig endring av NAVs oppfølging, men som NAV Larvik er forberedt på, og mener er helt nødvendig og riktig.

Siste punkt avsluttes med: "Dette er framtidens NAV!"

Denne tilnærmingen ser ut til å løse mange av utfordringene med dagens system som vi har vært inne på i dette kapitlet. En vil særlig utnytte legens kompetanse i å vurdere hva som bør skje videre. I dagens system er det fastlegen som i størst grad har kjennskap til pasientens helsetilstand og livssituasjon, men de har i liten grad mulighet til å sende pasienten videre utenfor helsevesenet, selv om de godt ser behov for at noen andre må gjøre en vurdering eller sette i verk tiltak. Det er helt sikkert sider ved en slik løsning som må diskuteres nærmere, men en slik løsning vil være en ansvarliggjøring av legene i forhold til å vurdere hva som skjer videre.

NAV Arbeidslivssenter har over mange år utviklet god kompetanse som bør kunne brukes om NAV har en slik rolle. De har sterk virksomhetsforståelse og de har godt rykte i mange områder av landet. De vil også kunne samarbeide med Arbeidstilsynet, bedriftshelsetjenesten og andre relevante aktører.

Arbeidsgiverne vil fortsatt ha behov for kontakt med legene, og legene bør derfor i større grad benytte avventende sykmelding, gradering av sykmeldingene og ikke minst bør de fylle ut punkt fem på sykmeldingsblanketten. Dette kan også få legen til å bli mer bevisst arbeidsgivernes behov uten at en kanskje trenger å skrive annet enn forventet varighet av helseproblemene. Om legen får mulighet til å bruke et system som 1-2-3-4 eller liknende i sin kommunikasjon med NAV, og at dette følges opp av NAV, vil det i mindre grad komme gjengangere med stadige behov for nye sykmeldinger. Sakene kan få en løsning. Der det er behov og legen føler han eller hun har noe å bidra med, bør legen delta på dialogmøte. Arbeidsgiverne på sin side bør kommunisere med legen gjennom feltet på baksiden av del C av sykmeldingsblanketten. Dette er en ryddig form for kommunikasjon der pasienten er til stede og ser hva som skrives. Om ikke legene følger opp dette, må de forvente fortsatt stort behov fra arbeidsgiverne om kontakt med legen som sykmelder deres ansatte.

# 6 Bedriftshelsetjenestens rolle i oppfølgingen av sykmeldte

*"Jeg tenker, jeg er ikke så innmari opptatt av sykefraværsprosenten, det viktigste er at bedriften har kontroll på de sykefraværssakene den har, er de tingene gjort som gjøres kan, og at ting er avklart" (Daglig leder BHT)*

## 6.1 Innledning og problemstillinger

Bedriftshelsetjenesten (BHT) representerer en sentral aktør i norsk arbeidsliv, og deres viktigste oppgave er å understøtte og bistå virksomhetene i deres arbeid for å sikre et godt og forsvarlig arbeidsmiljø. Samlet sitter BHT-ene i Norge med solid kompetanse om hvilke faktorer som bidrar til å fremme et godt arbeidsmiljø (Bjørnstad et al. 2009), og det finnes en rekke områder som bedriftshelsetjenester kan bistå virksomhetene innenfor. To av de vanligste er gjennomføring av arbeidsmiljøkartlegginger samt som "veileder" i virksomhetens arbeid med å utvikle et godt forankret HMS-system (se for eksempel Bjørnstad et al. 2009). Listen over hva bedriftshelsetjenesten kan tilby er imidlertid langt mer omfattende enn dette, og inkluderer følgende tjenester<sup>24</sup>:

- Bistå med planlegging og gjennomføring av endringer i arbeid og arbeidsmiljø
- Bistå ved utarbeidelse av retningslinjer for arbeidsprosesser
- Bistå med kartlegging av arbeidsmiljøet, foreta undersøkelser og vurdere risiko
- Foreslå samt arbeide for tiltak som kan forebygge helseskader
- Bistå med å overvåke og følge opp arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen
- Bistå ved tilrettelegging av arbeidet for den enkelte, og delta i dialogmøter
- Bistå med informasjon og opplæring innenfor helse, miljø og sikkerhet (HMS)
- Bistå ved henvendelser fra arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg

Per 5.12.2011 viste Arbeidstilsynets BHT-register at det var i overkant av 400 bedriftshelsetjenester i Norge.<sup>25</sup> Samlet utgjør bedriftshelsetjenestene i overkant av 2000 årsverk. Det er vanlig å skille mellom egenordninger (også kalt intern bedriftshelsetjeneste) og fellesordninger (også kalt ekstern bedriftshelsetjeneste). Egenordningene dekker i hovedsak én virksomhet, mens fellesordningene dekker flere virksomheter. Noen av fellesordningene er fortsatt eid av virksomhetene og driver ut fra et nonprofitt-perspektiv. Halvparten av markedet dekkes imidlertid av bedriftshelsetjenester som

---

<sup>24</sup> Listen er hentet fra Arbeidstilsynets nettsider: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78175>

<sup>25</sup> Tallet er basert på en manuell optelling av registrerte BHT-er i Arbeidstilsynets BHT-register. Det er viktig å være klar over at denne listen, foruten å bestå av godkjente BHT-er, også består av BHT-er med statusen "godkjent plan" (dette er BHT-er som må oppfylle vilkårene i forskriftens § 7 innen en bestemt frist, men som likevel kan levere sine tjenester til virksomheter) og "under behandling" (søknad om godkjenning er under behandling).

driver på profittbasis og som gjerne er organisert som aksjeselskaper eller er eid av industrielle investorer.

Det er anslått at om lag 1,5 millioner norske arbeidstakere vil være dekket av en bedriftshelsetjeneste når tilbudet er fullt utbygd.<sup>26</sup> Per i dag anslås det at rundt 1,2 – 1,3 millioner arbeidstakere er dekket av en bedriftshelsetjeneste.

Basert på intervjuer med virksomheter fra ulike næringer samt spørreskjemadata skal følgende problemstillinger belyses i dette kapitlet:

- Hvilken rolle har bedriftshelsetjenesten når det gjelder virksomhetenes oppfølging av sykmeldte?
- Hvordan opplever virksomhetene bedriftshelsetjenestens bidrag?
- I hvilken grad har IA-avtalen og endrede regler for oppfølging av sykmeldte bidratt til å endre virksomhetenes behov for og bruk av bedriftshelsetjenesten?
- Kan noen virksomheter vise til eksempler der bedriftshelsetjenesten har bistått i arbeidet med å få til gradert/delvis sykmelding?

Kapitlet bidrar gjennom dette til å fremskaffe kunnskap om en side av bedriftshelsetjenestens aktivitet og tjenesteyting som vi ikke vet så mye om, nemlig hvilken rolle BHT kan spille i virksomheters sykefraværarbeid og spesielt i oppfølgingen av sykmeldte. Selv om det har vært en tradisjon for at BHT har vært engasjert i virksomhetenes sykefraværarbeid (Gudding og Lie 2005, Lie et al. 2004), og beregninger utført av STAMI tyder på at kanskje så mye som 30 prosent av tiden brukt av en bedriftshelsetjenestene går med til IA-arbeid, så er det likevel behov for konkret kunnskap om hva denne innsatsen handler om i praksis. En begrunnelse for at mer kunnskap trengs er at bedriftshelsetjenestens viktigste oppgaver tradisjonelt har vært knyttet opp mot ergonomi, kjemiske målinger, målinger av støy samt bistand til å utvikle HMS-rutiner. Dette gjenspeiles også i punktene som ble listet opp foran, der verken sykefravær eller oppfølging av sykmeldte er nevnt eksplisitt blant de tjenestene som BHT tilbyr (riktignok nevnes tilrettelegging for ansatte og deltakelse i dialogmøter). Bedriftshelsetjenestens rolle innenfor sykefravær oppfølging har ikke vært så uttalt, selv om mange av de tjenestene de yter handler om å forebygge sykdom og skade. Med introduksjonen av IA-avtalen i 2001, ny arbeidsmiljølov i 2006 samt endringer i regelverket for oppfølging av sykmeldte i 2011, ser vi imidlertid at bedriftshelsetjenestens rolle inn mot sykefraværarbeidet i virksomhetene er blitt styrket – i hvert fall på papiret. Det klareste uttrykket for dette er de nye sykefraværreglene som ble innført 1. juli 2011, der det er et eksplisitt krav at BHT skal delta dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiver. Med andre ord skal ikke bedriftshelsetjenesten bare ha en forebyggende rolle når det gjelder sykefravær; den skal også bidra i oppfølgingen av ansatte som har blitt sykmeldt. De nye reglene for oppfølging av sykmeldte fra 1. juli 2011 medførte en styrking og økt formalisering av bedriftshelsetjenestens rolle i sykefravær oppfølgingen, ved at den nå skal være representert i dialogmøte 1. Dette kravet er nå tatt inn i arbeidsmiljøloven.

BHT skal håndtere denne konkrete involveringen i virksomhetenes sykefravær oppfølging parallelt med en mer strategisk støttefunksjonsrolle inn mot IA-arbeidet i virksomhetene. Ved inngåelsen av IA-

---

<sup>26</sup> Kilde: <http://www.arbeidsmiljo.no/xp/pub/hoved/tidsskrift/temaer/arbeidsmedisin/452662>

avtalen i 2001 var bedriftshelsetjenesten tiltenkt en viktig rolle i IA-arbeidet, som støtte til aksen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Lie et al. 2004). Virksomhetenes bruk av BHT samt BHTs relevans i IA-arbeidet skulle blant annet sikres gjennom et virkemiddel for refusjon av utgifter ved kjøp av bedriftshelsetjenester. Gjennom de intervjuene som er gjennomført, ønsker vi å få frem eksempler på hvordan bedriftshelsetjenesten benyttes i oppfølgingen av sykmeldte og i virksomhetenes IA-arbeid som sådan. Mens bedriftshelsetjenestene i Norge i stor grad yter de samme tjenestene som de "tradisjonelt" har gjort gjennom mange år, så kan vi samtidig se en klarere politisk forventning om at BHT skal ha en rolle inn mot oppfølgingen av sykmeldte. Dette, samt bransjeforskriften om pliktig bruk av BHT, er faktorer som har skapt en økt etterspørsel etter bedriftshelsetjenester i Norge.

Betydningen av bedriftshelsetjenesten i Norge og mange andre land har også blitt styrket av de endringer som har skjedd i arbeidslivet de senere årene, gjennom økt globalisering, teknologisk utvikling, endrede produksjonsmønstre og økt arbeidsinnvandring, for å nevne noe. Dette er utviklingstrekk som innvirker på arbeidstakernes betingelser, fordi det stilles større krav til fleksibilitet i arbeidslivet. Arbeidstempoet øker, og mange virksomheter opplever økte krav til å tilpasse produksjon og aktivitet til internasjonale markeder. Dette er faktorer som i neste omgang vil kunne lede til økt arbeidspress og økt stress blant arbeidstakerne. Det er her bedriftshelsetjenesten vil kunne spille en viktig rolle – i mange land.

## 6.2 Tidligere forskning med relevans for våre problemstillinger

Lie et al. (2004) har gjennom en kombinasjon av spørreskjema, dybdeintervjuer og en erfaringskonferanse kartlagt hvordan BHT bidrar til et inkluderende arbeidsliv i virksomhetene. De fleste virksomheter hadde blitt IA- bedrifter ganske tett opptil tidspunktet for undersøkelsen, og erfaringene var av den grunn begrenset mange steder. Resultatene viser blant annet at omtrent 80 prosent av de bedriftshelsetjenestene som besvarte spørreskjemaet mente at deres innsats bidro til et lavere sykefravær og til å beholde ansatte med redusert funksjonsevne i virksomhetene. Oppsummeringen av rapporten er interessant i lys av problemstillingene i dette kapitlet: *"De viktigste konklusjonene, med disse ovennevnte begrensningene, vi kan trekke til nå er at BHT har engasjert seg i IA-arbeidet. De bidrar med sin kompetanse. IA ser ut til å bli et viktig område for BHT."*

Bjørnstad et al. (2009) har gjennomført en spørreundersøkelse blant 72 virksomheter og deres bedriftshelsetjeneste. Frafall medberegnet fikk de svar fra 59 "par" (dvs. virksomhet og korresponderende BHT). Formålet med undersøkelsen var først og fremst å se på hva virksomhetene benytter BHT til, og hvor fornøyd de var med tjenestene. Et viktig funn i rapporten er at virksomheten og BHT har en noe ulik opplevelse av hva som kjøpes/selges av tjenester. For eksempel opplyser virksomhetene at de prioriterer arbeidsmiljøkartlegginger og overvåking av arbeidshelse i større grad enn det "deres" bedriftshelsetjeneste opplever og erfarer at de gjør. Dette gjelder også innenfor andre tjenester. Dårlig bestiller-kompetanse samt svak kunnskap om bedriftshelsetjenestens tjenester nevnes som mulige årsaker. Når det gjelder tilfredshet med tjenestene, så er den (relativt) høy blant de kartlagte virksomhetene. Rundt 80 prosent var enige i at deres bedriftshelsetjeneste virket inspirerende på dem, at de var lett å samarbeide med og at de fungerte som en nyttig rådgiver. Virksomhetene mente også at de fikk tjenester de hadde behov for. Når det gjaldt bruken av BHT opp mot sykefraværsoppfølging, var det et interessant funn at mens 68 prosent av virksomhetene oppga at

de har skriftlige rutiner for oppfølging av sykefravær, så var det bare 39 prosent som brukte sin bedriftshelsetjeneste i arbeidet med å utarbeide disse rutinene. Et mer overordnet funn i rapporten er at bedriftshelsetjenestens bistand i sykefraværsoppfølgingen finnes å være mangelfull. Et annet interessant funn er at bedriftshelsetjenestene sier de jobber med oppfølgingsplaner, deltar på dialogmøter samt bistår med tilpasning og tilrettelegging i større grad enn hva virksomheten mener de gjør.<sup>27</sup> Videre finner forfatterne at IA-virksomheter i større grad bruker sin bedriftshelsetjeneste og at de også er mer aktive i deres sykefraværarbeid. Alt i alt kommer bedriftshelsetjenesten godt ut i denne undersøkelsen.

SINTEFs evaluering av IA-avtalen (Ose et al. 2009) viste at en stor andel av de virksomhetene som ble spurt var fornøyd med tjenestene fra BHT; bl.a. oppga 83 prosent av lederne i de virksomhetene som besvarte spørreskjemaet at de enten var svært godt eller godt fornøyd med samarbeidet med BHT. BHT kan være et nyttig virkemiddel for arbeidsgiver for å forebygge og redusere sykefravær og bidra med arbeidsmiljøtiltak gjennom kartlegging. Enkelte uttalelser i intervjuene indikerer likevel at det må jobbes mer aktivt for å markedsføre bedriftshelsetjenesten som et virkemiddel for å skape trygge og sunne arbeidsforhold (Ose et al. 2009). Hva virksomhetene svarer på spørsmål om BHT vil med andre ord kunne være påvirket av hva de faktisk vet om BHT og de tjenestene de tilbyr.

Kant et al. (2008) har gjennomført en studie som hadde som formål å undersøke effekten av tidlig strukturert innsats overfor ansatte med høy risiko for fremtidig langsiktig sykefravær. Studien beskrives som en randomisert kontrollgruppestudie, der ansatte med høy risiko for langvarig sykefravær ble valgt ut på bakgrunn av hva de svarte på et screening-spørreskjema (inkludert demografi, arbeidsplass, helse og psykososiale faktorer assosiert med langvarige sykefravær). Til sammen 299 personer med risiko for fremtidig langsiktig sykefravær ble tilfeldig plukket ut til en eksperimentgruppe (n = 147) og en kontrollgruppe (n = 152). Personene i den eksperimentelle gruppen fikk en tidlig strukturert oppfølging fra sin bedriftslege, i noen tilfeller etterfulgt av målrettet intervensjon. Kontrollgruppen fikk ikke en slik oppfølging. Sykefraværet ble så målt over en ettårs oppfølgingsperiode. Resultatene viste betydelige og statistisk signifikante forskjeller mellom de to gruppene når det gjaldt lengden på sykefraværet (gjennomsnitt på 18.98 i eksperimentgruppen og 31.13 i kontrollgruppen). Forfatterne konkluderte på bakgrunn av disse tallene med at tidlig strukturert intervensjon fra bedriftshelsetjenesten blant ansatte med høy risiko for langsiktig sykefravær bidrar til å redusere det faktiske sykefraværet i samme gruppe.

Taimela et al. (2008) har gjennomført en lignende undersøkelse, der 1341 finske arbeidere besvarte et spørreskjema. Disse ble igjen delt inn i grupper, basert på antatt risiko for fremtidig sykefravær. Den ene gruppen, som vi kan kalle intervensjonsgruppen, ble invitert inn til en samtale med bedriftshelsetjenesten. Den andre gruppen, som vi kan kalle kontrollgruppen, fikk ikke tilbud som en slik oppfølging via BHT. På bakgrunn av det som kom frem gjennom samtalen med BHT, ble ulike tiltak iverksatt overfor medlemmene av intervensjonsgruppen. Metoden var så å følge med på sykefraværet i de to gruppene det påfølgende året. Blant personer med antatt høy risiko for sykefravær så var

---

<sup>27</sup> Slik inkongruens i svargiving mellom ulike respondent-/informantgrupper bør ikke tillegges for stor vekt. For det første er en viktig forutsetning for å kunne svare fyllestgjørende at man kjenner til hva som faktisk blir gjort i virksomheten. Videre vil vurderingen av *hvor mye* deltakelse som skal til for at en BHT skal kunne si at den har vært med i oppfølgingen av sykmeldte, variere. En rapport fra Rogalandsforskning (Lie et al. 1999) viste blant annet at bedriftshelsetjenesten tilbyr et produkt som ofte er utydelig for ledere og tillitsvalgte.

gjennomsnittlig sykefravær 19 dager blant de som hadde fått oppfølging av bedriftshelsetjenesten og 30 dager blant de som ikke hadde fått samme type oppfølging. Forfatterne konkluderte med at denne typen intervensjon overfor personer med høy risiko for fravær har effekt.

I en fersk studie ser Viikari-Juntura et al. (2011) på effekten av å benytte delvis sykemelding i en tidlig fase, på tilbakevending til arbeid. Studien er avgrenset til personer med muskelskjelettlidelser (N=63), og er gjennomført som en randomisert kontrollgruppestudie. Undersøkelsen ble gjennomført i regi av seks bedriftshelsetjenester fra ulike virksomheter. En gruppe ansatte med muskelskjelettlidelser ble tilfeldig delt inn i to grupper; en med delvis sykmeldte og en med fullt sykmeldte. I førstnevnte gruppe ble arbeidsbelastningen tilpasset den graderte sykmeldingen. Over en 12 måneders oppfølgingsperiode fant forskerne at det totale sykefraværet var omtrent 20 prosent lavere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. De konkluderer med at gradert sykemelding gir raskere retur fra sykefravær til jobb.

I SINTEFs rapport *Inkluderende arbeidsliv i kommunene* (Ose et al. 2011) ble det pekt på at det kan være utfordrende for virksomhetene å vite hvordan de på en best mulig måte skal benytte bedriftshelsetjenesten. Det ble også påpekt at det kan være en utfordring knyttet til hvor kjent BHT er i kommunene, spesielt når det gjelder hvilke tjenester de kan tilby. Et annet funn var at bedriftshelsetjenesten kan fungere som "bindeledd" mellom lege og arbeidsgiver, spesielt i forbindelse med legenes vurderinger av arbeidsmulighet ved sykdom.

## 6.3 Intervjuer med virksomheter fra ulike næringer

Problemstillingene i dette kapitlet blir belyst med utgangspunkt i intervjudata som er innhentet i virksomheter som befinner seg innenfor ulike næringer og sektorer. Flere intervjuer har blitt gjennomført sommeren og høsten 2011. Disse tar derfor opp i seg de nye sykefraværsreglene som ble innført 1. juli 2011. I tillegg benyttes utvalgte intervjuer fra vår datainnsamling i forbindelse med følgende to prosjekter; inkluderende arbeidsliv i kommunene samt evalueringen av IA-avtalen fra 2009. Dette er hovedsakelig upubliserte data. Denne bredden i datagrunnlaget sikrer at virksomheter fra ulike næringer er representert, i tillegg til at private, statlige, fylkeskommunale og kommunale virksomheter er inkludert. Kommunedataene fra 2010/2011 ble innsamlet i et prosjekt som omhandlet IA-avtalen og oppfølging av sykmeldte i kommunesektoren. Den tredje datakilden er intervjudata fra SINTEFs evaluering av IA-avtalen (Ose et al. 2009). I dette kapitlet er det derfor 12 virksomheter totalt som bidrar med sine erfaringer. Virksomhetene kommer fra stat, kommune, fylkeskommune og fra industri, varehandel, hotell- og restaurant, bygg og anlegg, transport og renhold.

Intervjuene har blitt gjennomført i det vi kan kalle utvalgte casevirksomheter. Virksomhetene ble plukket ut fra ulike næringer, i den hensikt å gi oss som forskere et bilde på hvilke tanker ledere og ansatte fra ulike næringer gjør seg, når det gjelder å benytte bedriftshelsetjenesten i sykefraværsoppfølgingen. Intervjuene har blitt gjennomført i form av et halvstrukturert opplegg, der intervjuer i utgangspunktet har fulgt en intervjuguide, men samtidig vært åpen for å følge opp de innspill og tanker som informantene har kommet med underveis i intervjuet. I noen virksomheter er både ledelsen og de ansatte og den tilknyttede bedriftshelsetjenesten blitt intervjuet. I andre er det ledelsens/ansattes synspunkter på, og erfaringer med, bedriftshelsetjenesten som er innhentet.

Forskjeller her skyldes først og fremst praktiske årsaker (tilgjengelighet). I de virksomheter hvor begge "sider" er intervjuet, har vi forsøkt å utbrodere mer rundt resultatene. Mens vurderinger av bedriftshelsetjenester og de tjenester de yter på den ene side handler om de faglige rådgivningstjenestene, så er det også et spørsmål om hvilke rammebetingelser leveransen og dialogen med virksomheten har skjedd innenfor (Bjørnstad et al. 2009). Å intervjuer både arbeidsgivere og bedriftshelsetjenester vil kunne bidra til at både tjenestenes innhold og den kontekst de blir produsert innenfor, kommer klarere frem.

Det er viktig å fremheve at det å presentere funn og resultater fra kvalitative intervjuer for forskerne innebærer å ta valg. Hvert enkelt intervju kan sies å være unikt, og de uttalelser som kommer er plassert i en kontekst og sammenheng der tanker og utsagn er flettet inn i hverandre. Dette gjør det krevende å skulle trekke ut uttalelser og sitater, for å illustrere tendensene i materialet. Måten vi har løst dette på, er at vi, etter først å ha ordnet intervjumaterialet tematisk på meget detaljert nivå, har gått systematisk gjennom materialet for å finne *hovedtendensene* i intervjudataene. Hvor er det "skoen trykker" i de virksomhetene vi har snakket med? Hva opplever de som positivt med å bruke bedriftshelsetjenesten i sykefraværsoppfølgingen og IA-arbeidet? Sitater blir så brukt for å illustrere oppfatninger, synspunkter og erfaringer. Noe av styrken med intervjudata er at de gir en unik dybdeinnsikt i ulike fenomener. Dette har vært vår rettesnor i bearbeidingen av dataene. Målsetningen med de resultatene som blir presentert er å gi eksempler på virksomheters bruk av bedriftshelsetjenesten, på hva som fungerer og hva som ikke fungerer

Å gjennomføre større kartlegginger om bruk av BHT og tilfredshet med tjenestene (kundeundersøkelser) kan være nyttig på mange måter. Imidlertid vil kvalitative intervjuer gi en helt annen forståelse av samspillet mellom virksomheter og deres bedriftshelsetjeneste. Intervjuene gir en mulighet til å gå inn i denne relasjonen, og på den måten få et bilde av hvordan bedriftshelsetjenesten benyttes, og hvilke utfordringer og muligheter virksomhetene ser i sin bruk av den. Det delvis strukturerte opplegget gjenspeiler slik sett formålet med intervjuene, som har handlet om å finne frem til de interessante eksemplene, erfaringene og synspunktene når det gjelder virksomhetenes bruk av BHT. Funnene kan ikke brukes til å trekke slutninger om norske virksomheters bruk av BHT generelt. Intervjumaterialet er ikke et representativt "gjennomsnittmateriale", men snarere et materiale som synliggjør gode og mindre gode eksempler på samhandling mellom virksomheter og BHT, i utvalgte virksomheter.

## 6.4 Virksomheters bruk av bedriftshelsetjeneste: Hva sier regelverket?

Bestemmelser om bedriftshelsetjeneste er hjemlet i arbeidsmiljøloven, og i henhold til loven er arbeidsgiver, dersom risikoforholdene i virksomheten tilsier det, forpliktet til å benytte en bedriftshelsetjeneste som er godkjent av Arbeidstilsynet. På grunnlag av gjennomføringen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet vil arbeidsgiver kunne vurdere om en slik plikt til bruk av BHT foreligger. Videre kan partene i HMS-arbeidet kreve at arbeidsgiver tilknytter seg en BHT, selv om arbeidsgiver i utgangspunktet ikke skulle ha plikt til dette (Karlsen 2010).

I § 3-3 Bedriftshelsetjeneste i arbeidsmiljøloven kan vi blant annet lese følgende om BHT:



- (1) Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Vurderingen av om slik plikt foreligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.
- (2) Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.
- (3) Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.
- (4) Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om når og i hvilken utstrekning arbeidsgiver plikter å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, om hvilke faglige krav som skal stilles til tjenesten og om hvilke oppgaver den skal utføre.

Som loven sier, plikter virksomheter å knytte seg til en BHT "når risikoforholdene i virksomheten tilsier det". Dette er i dag regulert gjennom en forskrift som fastslår at virksomheter innen visse bransjer skal ha godkjent bedriftshelsetjeneste (bransjeforskriften). Denne forskriften ble innført 1.januar 2010, og pålegger virksomheter innenfor en rekke næringer å knytte seg til en BHT som er godkjent av Arbeidstilsynet. Forskriften er basert på den erkjennelsen at noen bransjer er preget av et mer risikofyllt arbeidsmiljø enn andre, med større risiko for arbeidsrelatert skade og sykdom. Virksomheter innenfor disse næringene er pålagt å knytte til seg en godkjent bedriftshelsetjeneste. Industri, bygg og anlegg, hotell og restaurant, undervisning samt helsetjenester er noen av disse næringene.<sup>28</sup>

Det er også innført en Forskrift om arbeidsgivers bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste og om godkjenning av bedriftshelsetjeneste, som definerer hvilke oppgaver BHT skal bistå arbeidsgivere med i det systematiske helse- miljø-, og sikkerhetsarbeidet. Her heter det at bedriftshelsetjenester som skal bistå virksomheter med de arbeidsoppgaver som er beskrevet i samme forskrift, skal være godkjent av Arbeidstilsynet. Godkjenningsordningen ble innført 1.1.2010, og innebærer i praksis en form for kvalitetssikring av BHT-aktørene og de tjenestene som tilbys. I forlengelsen av dette defineres i kapittel III i forskriften de vilkårene som må være oppfylt for at en BHT skal være godkjent. Sentrale faktorer her er at BHT blant annet skal være i stand til å gi virksomhetene helhetlig og forebyggende bistand, at ansatte i BHT skal sikres kompetanseutvikling og ikke minst at BHT skal ha en personalsammensetning som skal være i stand til å yte bistand på følgende områder: arbeidsmedisin/arbeidshelse, yrkeshygiene, ergonomi, psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid.

Selv om sykefravær og oppfølging av sykmeldte ikke nevnes spesifikt som et område som BHT skal bistå innenfor, så er det lite tvil om at flere av de nevnte områdene omhandler sykefravær – og spesielt forebygging av sykefravær. Faktisk vil alle de områdene som er nevnt i forskriften kunne relateres til virksomhetens innsats for å forebygge og redusere sykefravær. Samtidig er det viktig å presisere at BHT kun skal ha en rådgivende funksjon opp mot virksomhetene. Bedriftshelsetjenesten skal på ingen måte ta over noen av de plikter og krav som er rettet mot arbeidsgivere i arbeidsmiljøarbeidet. Selv om en virksomhet gjør utstrakt bruk av BHT, så er det virksomhetens ledelse som er 100 prosent ansvarlig for arbeidsmiljøet og HMS-tilstanden i virksomheten. Bedriftshelsetjenesten skal opptre som en uavhengig aktør i arbeidsmiljøspørsmål, og bistå med råd og ekspertise for å skape gode arbeidsforhold i virksomheten. Et beslektet poeng er at arbeidsgivere ikke

---

<sup>28</sup> For en komplett oversikt over næringsgrupperinger med BHT-plikt, se <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20090211-0162.html>

kan knytte til seg en BHT og dermed legge til grunn at arbeidsmiljøet blir bra; arbeidsgiverne må være bevisst sin bestillerfunksjon, og være tydelig på hva de forventer av sin BHT. Som utfører er BHT-ene avhengig av god bestiller-kompetanse blant sine kunder.

Vi skilte innledningsvis mellom intern og ekstern bedriftshelsetjeneste. Arbeidstilsynet beskriver denne forskjellen med utgangspunkt i to hovedmodeller: en modell med *egenordning* og en modell med *fellesordning*. Modell med egenordning innebærer at virksomheten etablerer en egen bedriftshelsetjeneste internt i virksomheten. Også for en slik egenordning gjelder det at den må være godkjent. Videre vil det med en slik intern ordning være spesielt viktig å sikre at bedriftshelsetjenesten har en uavhengig stilling. Med fellesordning menes en modell der bedriftshelsetjenesten har mange virksomheter som kunder. En fellesordning kan være basert på bransjefelleskap, geografiske hensyn eller at noen virksomheter går sammen om å etablere en felles BHT-ordning.<sup>29</sup>

#### **6.4.1 Bedriftshelsetjenesten som en selvsagt aktør i virksomhetenes HMS- arbeid?**

Karlsen (2010) beskriver bedriftshelsetjenesten som en av flere aktører som har en rolle i virksomhetenes HMS-arbeid (sammen med arbeidsgiver, arbeidstaker, verneombud, arbeidsmiljøutvalg, Arbeidstilsynet, tillitsvalgt og linjeleder). Det som er spesielt for bedriftshelsetjenestens rolle er at den skal bidra til å sikre hele HMS-strukturen i virksomheten. Bedriftshelsetjenestens viktigste oppgave i virksomhetene er å bidra til at arbeidsforholdene i virksomheten er forsvarlig med tanke på arbeidstakernes helse. Spesielt handler dette om å tilrettelegge forholdene i virksomheten på en slik måte at arbeidsskade- og sykdom kan unngås. Ifølge Karlsen (2010) er det derfor viktig å huske på at bedriftshelsetjenesten skal fungere som medisinske eksperter, og at de derfor ikke kan fungere som eksperter på "alt". Selv om det kreves av BHT-ene at de har kunnskap om organisatoriske forhold for å kunne bli godkjent som BHT, så vil arbeidsgiver og verneombud, i kraft av sin nærhet til "virkeligheten", også fungere som eksperter på de organisatoriske forholdene på arbeidsplassen. Dette understreker med andre ord viktigheten av at arbeidsgivere og verneombud utvikler et godt samarbeid med BHT, nettopp for å sikre at arbeidsmedisinske forhold blir sett i sammenheng med organisatoriske forhold i virksomheten.

### **6.5 I hvilken grad brukes bedriftshelsetjenesten og er virksomhetene fornøyd? Illustrert med spørreskjemadata fra forrige IA-evaluering**

Vi presenterer nå to tabeller som viser hyppighet i kontakt mellom virksomheter fra ulike næringer og bedriftshelsetjenesten innenfor IA-arbeidet (tabell 6.1) og graden av tilfredshet med denne kontakten (tabell 6.2). Dataene er hentet fra SINTEFs evaluering av IA- avtalen (Ose et al. 2009). Hensikten med å presentere disse figurene er å gi et bilde på hvordan virksomheter i ulike næringer benytter BHT og samtidig vurderer de tjenestene de blir tilbudt. Det å presentere noen svarfordelinger som viser hvordan et utvalg virksomheter vurderer sin bruk av BHT kan også gi et bedre grunnlag for å forstå de

---

<sup>29</sup> Kilde: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78175>

kvalitative funnene som presenteres senere i kapittelet. De dataene som benyttes her ble samlet inn gjennom en spørreskjemaundersøkelse som gikk ut til daglige ledere og representanter for de ansatte i de kontaktede virksomhetene.

**Tabell 6.1 Hvor ofte har dere kontakt med BHT i forbindelse med IA-arbeidet? Prosent og absolutte tall**

	Aldri	1-10 ganger per år	Ca en gang i mnd.	Oftere enn 1 gang i mnd	Daglig kontakt	Total (%)	Total (N)
Jordbruk, skogbruk og fiske	33	50		8	8	100	12
Bergverksdrift og utvinning		63		38		100	8
Industri	3	52	16	25	4	100	172
Kraft- og vannforsyning	4	70	4	22		100	27
Bygge- og anleggsvirksomhet	8	68	9	15	1	100	103
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	42	49	4	5		100	135
Hotell- og restaurantvirksomhet	7	54	25	11	4	100	28
Transport, lagring og kommunikasjon	10	66	7	15	2	100	88
Finansiell tjenesteyting og forsikring	10	57	20	13		100	30
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	33	43	8	16		100	96
Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	14	56	13	13	4	100	266
Undervisning	43	53	1	3	0	100	407
Helse- og sosialtjenester	38	55	4	3	0	100	809
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	38	45	7	8	1	100	73
Total (prosent)	30	55	6	8	1	100	
Total (N)	664	1 233	143	188	25		2 254

**Tabell 6.2 Hvordan vil dere karakterisere samarbeidet dere har med bedriftshelsetjenesten? Prosent og absolutte tall**

	Godt	Verken godt eller dårlig	Dårlig	Variierer etter hvem vi møter	Har ikke kontakt	Total (%)	Total (N)
Jordbruk, skogbruk og fiske	58	17	0		25	100	12
Bergverksdrift og utvinning	100		0			100	8
Industri	90	5	2	1	3	100	173
Kraft- og vannforsyning	96		0		4	100	27
Bygge- og anleggsvirksomhet	82	10	2	1	6	100	104
Varehandel, reparasjon av motorvogner, husholdningsvarer og varer til personlig bruk	46	13	2	2	36	100	135
Hotell- og restaurantvirksomhet	83	3	3		10	100	30
Transport, lagring og kommunikasjon	76	10	1	1	11	100	88
Finansiell tjenesteyting og forsikring	77	13	0		10	100	30
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forretningsmessig tjenesteyting	60	5	0	1	34	100	95
Offentlig administrasjon, forsvar og trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning	73	13	2	0	12	100	265
Undervisning	40	17	3	1	40	100	404
Helse- og sosialtjenester	47	15	1	1	35	100	809
Andre sosialtjenester og personlige tjenester	54	13	0	1	32	100	72
Total (prosent)	57	13	2	1	27	100	
Total (N)	1 293	293	35	19	611		2 252

Tabellene viser variasjoner både når det gjelder bruk av og tilfredshet med tjenestene. Det er imidlertid viktig å poengtere at flere av de næringene som er representert i tabellene på tidspunktet for spørreundersøkelsen ikke hadde BHT-plikt. Dette kan nok til en viss grad forklare at såpass mange virksomheter ikke har kontakt med BHT. Virksomheter som ikke har plikt trenger ikke ha en godkjent BHT. Videre er det viktig å fremheve at virksomhetenes bruk av BHT i denne sammenheng er avgrenset til det som har med IA-avtalen å gjøre. Bildet av virksomhetenes bruk av BHT kan således bli litt skjevt, siden en del virksomheter muligens benytter BHT på andre områder enn IA-avtalen. Av tabell 6.1 ser vi at rundt 40 prosent av virksomhetene innenfor varehandel, undervisning, helse og sosial og andre sosiale tjenester opplyser at de aldri har benyttet bedriftshelsetjenesten i forbindelse med IA-arbeidet (utvalget består som nevnt av IA-virksomheter). Det er viktig å påpeke at bruk av bedriftshelsetjeneste innenfor kommunale tjenester i praksis ofte innebærer et begrenset tilbud, noe som henger sammen med at det betales inn en lav sum på vegne av den enkelte ansatte. I kapittel 6.6. presenteres for øvrig resultater som sier noe om hva bedriftshelsetjenesten blir brukt til.

Det mest interessante med tabell 6.2 er det overveldende flertallet som er fornøyd med det samarbeidet de har med sin bedriftshelsetjeneste. Resultatene indikerer tydelig at det å samarbeide med BHT i sykefraværs- og IA-arbeidet kan være positivt for virksomheter generelt.

## 6.6 Hvilke BHT-tjenester benytter virksomhetene? Illustrert med spørreskjemaet fra pågående evaluering av IA-avtalen og protokollen

I forbindelse med vår pågående evaluering av IA-avtalen og protokollen, ble det i november 2011 sendt ut spørreskjema til 3 937 virksomheter. Per 9. februar 2012 hadde vi fått inn svar fra 2 565 virksomheter. Fra 38 prosent av disse har vi fått svar fra både leder/representanter fra ledelsen og tillitsvalgte/andre ansattrepresentanter, mens for 42 prosent av virksomhetene har vi mottatt svar kun fra ledelsen. Selv om flere virksomheter vil kunne komme til å svare på spørreskjemaet etter at denne rapporten er publisert (svarfrist i etterkant av siste purrerunde utløper etter at graderingsrapporten er publisert), så velger vi likevel å presentere noen resultater med utgangspunkt i disse spørreskjemaet, først og fremst for å gi et ferskt bilde på hvordan utvalgte virksomheter benytter sin bedriftshelsetjeneste.

Før vi ser nærmere på hvilke typer bedriftshelsetjenester virksomhetene benytter, presenterer vi en tabell som viser hvordan bedriftshelsetjenesten (BHT) er organisert i de virksomhetene som har besvart spørreskjemaet. Som vi redegjorde for innledningsvis er det vanlig å trekke et skille mellom egenordninger (også kalt intern bedriftshelsetjeneste) og fellesordninger (også kalt ekstern bedriftshelsetjeneste). I tabell 6.3 har vi gjort et skille på fire ulike varianter av BHT-organisering/-tilknytning.

**Tabell 6.3 Hvordan er bedriftshelsetjenesten (BHT) organisert i virksomheten? Absolutte tall og prosent**

	Antall	Prosent
Egen BHT internt i virksomheten (BHT er ansatt i virksomheten)	161	11
Virksomheten kjøper BHT fra en privat leverandør	803	54
Felles BHT-ordning med andre virksomheter, der BHT er ansatt kun i disse virksomhetene	106	7
Felles BHT-ordning med andre virksomheter, der BHT kjøpes fra en privat leverandør	233	16
Vi har BHT, men ingen av de fire kategoriene over passer til vår organisasjonsform	112	7
Vet ikke	85	6
Totalt	1 500	100

Dersom vi tar utgangspunkt i hovedskillet mellom bedriftshelsetjenester kjøpt privat og intern/"egen" bedriftshelsetjeneste, så viser tabellen at oppunder 70 prosent av virksomhetene kjøper tjenester fra private leverandører (53,53 prosent kjøper BHT fra en privat leverandør, mens 15,53 prosent har felles BHT-ordning med andre virksomheter, der BHT kjøpes fra en privat leverandør). Knappt 18 prosent av virksomhetene har en egenordning med BHT – enten alene eller i fellesskap med andre virksomheter. Det store innslaget av private tjenester illustrerer noe av den veksten som har vært i dette tjenestemarkedet de senere årene. Interessant er det også å se at én av tjue virksomheter

(representert ved daglig leder eller annen representant fra ledelsen) ikke vet hvilken BHT-ordning virksomheten har. Dette kan sies å være i tråd med undersøkelsen utført av Bjørnstad et al. (2009), der det blant annet fremkom at noen virksomheter og "deres" BHT hadde ulik oppfatning av hvilke tjenester virksomheten egentlig kjøpte. Dårlig bestiller-kompetanse og svak kunnskap om bedriftshelsetjenestens tjenester ble nevnt som mulige årsaker til dette. La oss nå se nærmere på hvilke tjenester virksomhetene i utvalget mest typisk benytter seg av.

**Tabell 6.4 I hvilken grad benytter virksomheten de følgende bedriftstjenestene? Prosent og absolutte tall**

	I svært stor grad	I stor grad	Til en viss grad	Ikke i det hele tatt	Vet ikke	Total (%)	Total (N)
Kartlegging av arbeidsmiljøet	14	24	36	19	7	100	1 447
Organisatorisk (planlegging, tilrettelegging og organisering)	7	16	32	35	10	100	1 439
Ergonomi	18	29	36	11	6	100	1 437
Inneklima (herunder luftkvalitet, støy, lys, kjemiske stoffer, støv o.l.)	14	26	36	17	7	100	1 440
Målrrettede helseundersøkelser	14	17	27	32	10	100	1 441
Ulykkesforebyggende arbeid	7	15	36	31	11	100	1 437
Sykefraværsforebyggende arbeid	13	24	39	18	7	100	1 448
Medisinsk vurdering i forhold til sykefravær	6	12	32	37	14	100	1 439
Funksjonsvurdering i forhold til sykefravær	8	16	37	28	11	100	1 443
Deltakelse i utarbeiding av oppfølgingsplan	10	14	35	33	8	100	1 435
Deltakelse i dialogmøte 1	22	21	24	25	8	100	1 433
Deltakelse i dialogmøte 2	15	18	24	26	17	100	1 413
Deltakelse i dialogmøte 3	12	15	21	26	26	100	1 386
Dokumentasjon (utarbeiding av planer og rapporter tilknyttet HMS)	11	16	30	28	15	100	1 430
IA-rådgiving	9	19	35	25	13	100	1 427
Coaching, samtaleterapi og motivasjonstrening	5	12	31	37	15	100	1 427
Attføringsarbeid i samarbeid med ansatte, NAV og arbeidsgiver	7	13	32	29	19	100	1 410

Dersom vi legger sammen ja-kategoriene (i svært stor grad, i stor grad og til en viss grad), ser vi at ergonomi er den tjenesten som – i en eller annen grad – er vanligst å bruke BHT til. Andre tjenester som er vanlig å benytte BHT til er kartlegging av arbeidsmiljø, inneklimamålinger samt sykefraværsforebyggende arbeid. Alt dette er tjenester som vi gjerne forbinder med BHT i norsk arbeidsliv. Coaching, samtaleterapi og motivasjonstrening samt medisinsk vurdering ved sykefravær er de tjenestene som utpeker seg som minst benyttet i de spurte virksomhetene. Mulige årsaker til dette blir drøftet utover i kapitlet.

Ellers kan vi registrere at rundt 25 prosent av virksomhetene oppgir at deres BHT aldri deltar i dialogmøte 1. Gitt bestemmelsen i arbeidsmiljølovens § 4-6 om at bedriftshelsetjenesten skal være representert i dialogmøte 1, er dette interessant. En mulig forklaring er at de nye reglene som ble innført 1.7.2011 fortsatt er relativt "nye", og at det vil gå en viss tid før alle virksomheter følger opp slike endringer i praksis. Dette kan imidlertid ikke brukes som en unnskyldning fra virksomhetenes side, i og med at de ble gjort kjent med endringene før de ble innført, og slik sett hadde tid til å forberede seg. Et annet relevant spørsmål er hvordan BHT-ene stiller seg til å delta i dialogmøter, og hvordan slik innsats eksempelvis lar seg kombinere med målsetninger om å bistå virksomheter på systemnivå. Dette kommer vi nærmere tilbake til i intervjudelen av kapitlet.

## 6.7 Resultater fra intervjuene

### 6.7.1 Er BHT involvert i sykefraværsoppfølgingen i de virksomhetene vi har intervjuet?

De typiske tjenestene som kjøpes av de virksomhetene som vi har snakket med er følgende; bistand til å utforme HMS-rutiner, gjennomføring av helsekontroller, kurs i lederutvikling, vernerunder, bistand i arbeidsmedisinske problemstillinger og psykososiale kartlegginger av arbeidsmiljø. I tillegg oppgir noen av virksomhetene at deres BHT deltar i AMU. Videre fremkommer det at enkelte har erfaring med å trekke inn BHT for å finne løsninger på personalkonflikter. Hovedinntrykket er at våre virksomheter i stor grad benytter BHT til de problemstillingene som følger av regelverket. En del av dette inntrykket handler også om at BHT i de virksomhetene vi har intervjuet i stor grad ser ut til å jobbe med en type spørsmål og problemstillinger som de "alltid" har gjort, knyttet til arbeidsmiljøforbedring og forebygging. Selv om noen av virksomhetene kan vise til at BHT deltar i dialogmøter (fra 1. juli 2011 er det pålagt) og at de deltar i andre typer møter for å finne tilretteleggingsmuligheter når noen er sykmeldt, så er det likevel riktig å si at hovedvekten av BHT-enes innsats på sykefraværsområdet i de virksomhetene vi har intervjuet ser ut til å være på det forebyggende planet. Her gjøres det imidlertid mye, noe som vi vil komme tilbake til om litt.

Det inntrykket vi har dannet oss her kan også henge sammen med at mange BHT-er selv ønsker å jobbe strategisk og forebyggende. I bunnen ligger det selvsagt også at mange av de BHT-aktivitetene som vi viste til i innledningen av kapitlet også ser ut til å handle mer om forebygging enn tilrettelegging. Dette gjelder for eksempel bistand til planlegging og gjennomføring av endringer i arbeid og arbeidsmiljø, bistand til utarbeidelse av retningslinjer for arbeidsprosesser, bistand til kartlegging av arbeidsmiljøet, foretar undersøkelser og vurderer risiko, foreslå tiltak som kan forebygge helseskader, bistår med å overvåke og følge opp arbeidstakernes helse i forhold til arbeidssituasjonen og det å bistå med informasjon og opplæring innenfor helse, miljø og sikkerhet (HMS). Dette er aktiviteter som virksomheter primært initierer for å oppnå forbedringer i arbeidsmiljø og for å forebygge skade og sykdom (selv om tiltakene åpenbart også vil kunne være positive for ansatte som allerede er sykmeldt). Poenget er at, selv om behovet for å involvere BHT kan være utløst av høye sykefraværstall og et ønske om å få ansatte tilbake i jobb, så vil den forebyggende effekten av den innsatsen som gjøres trolig være den viktigste.

Følgende uttalelse fra en bedriftslege gir et bilde på hvor fokuset i dette tilfellet ligger:

*"Da kommer vi jo inn på hva vi driver med i bedriftshelsetjenesten i hele tatt og vi jobber jo med det vi kaller for arbeidsmiljøutvikling da, samtidig har vi folk som driver med coaching og veiledning for å ja... rett og slett holde folk i arbeid. Eventuelt å redusere et, ikke et langtidssykefravær da, men et hyppig sykefravær. Fordi at langtidssykefravær, det blir en annen klasse igjen, men det er jo det med folk som er syke som har mer og mer korte perioder med sykefravær over lang tid. Der er jo kanskje å kutte ned på de periodene for å ha lengre friskperioder og sånt"*

For denne bedriftslegen er det viktig at innsatsen bidrar til å holde folk i arbeid. At langtidssykefraværet oppfattes å være av "en annen klasse" kan tyde på at det ikke oppfattes å være like relevant for dem som bedriftshelsetjeneste.

En BHT-leder forteller at de gir følgende bistand til en virksomhet som har kjøpt et standardmedlemsskap:

*"Så det går på individnivå og systemnivå. I forhold til rus og i forhold til oppfølging av enkeltindivid, testing og den biten der. Vi jobber i forhold til psykososialt arbeidsmiljø, knyttet opp til samtaler, avklaringsamtaler, der personer kan komme og fortelle om ting de kanskje opplever som vanskelig, og vi kan bistå dem i forhold til det å ansvarliggjøre dem. Hva gjør du, hvordan tar du det opp, hvordan tar du saken videre. Hvem kan du gjøre det sammen med hvis du ikke vil gjøre det alene. Vi jobber med konflikthåndtering, vi jobber med debrifing etter alvorlige hendelser, vi jobber med ergonomi og alt knyttet til... med belastning til muskel-skjelett-plager. Vi jobber med innemiljø, ytemiljø, støy, støv, kjemikalier, og den biten der. Alle disse elementene som påvirker trivselen til folk for å hindre at du skal få helseplager av både fysisk og psykisk karakter. Så det er et ganske så stort felt, og det er jo knyttet til forskriftene. Vi har jo forskrifter som styrer vår rolle ... hva vi skal jobbe med. Hovedfokuset vårt er å være på den forebyggende sida, å se på muligheter til å tilpasse slik at folk ikke faller fra. Det å være litt i forkant"*

Denne informanten ramser opp en rekke områder som de yter bistand innenfor. Samtidig er vedkommende opptatt av å fremheve at forebygging er hovedfokuset. Forebygging ser dermed ut til å fungere som en "overbygning" for alle de aktivitetene de yter. På spørsmål om hvordan de forholder seg til dette med å følge opp ansatte som allerede er blitt sykmeldt, for eksempel ved å delta i dialogmøter, sier den samme informanten følgende:

*"Jeg synes det er viktig, og tenker nå kan vi få ennå mer ut av det, når de setter større krav til at legene skal være med, for det er klart det å ha lege på banen tror jeg er kjempeviktig. Legene kan si noe om det er utsikter til bedring og ikke minst, er det en medisinsk grunn til at vedkommende ikke kan gis en eller annen form for arbeid. Det er lettere når vi har alle ressurser samlet rundt et bord i et dialogmøte, å kunne si noe om det er noen medisinsk grunn til at vedkommende ikke kan jobbe. Nei, det er det ikke, og så blir det en utfordring, hvilken type arbeid kan du klare. Og jeg tenker at hvis legen ikke er der, så blir det mye «ja, men hva kan du klare?», «Ja, nei, det må snakke med legen om». En må høre om legen synes det er greit, for en er jo sykemeldt, ikke sant, og da er det legen som sitter med kortet her. Og når du har legen der så er jo den mye lettere å avklare, den biten"*

En leder i en virksomhet fremhever at det kan være en klar fordel å ha med BHT i dialogmøtene:



*"Vi gjennomfører de, for å si det sånn. Og vi har nå alltid med BHT. Og det fungerer kjempebra, tenker jeg. Bedriftshelsetjenesten har mulighet til å stille spørsmål som ikke... han har en friere og uavhengig rolle. Så han har på en måte større muligheter"*

Et kjennetegn ved flere av virksomhetene er at de virker å bruke bedriftshelsetjenesten på en relativt tradisjonell måte. Med dette mener vi at de tjenestene som kjøpes i stor grad handler om arbeidsmiljøkartlegging, undersøkelser og vurderinger av risiko samt forebyggende tiltak for å redusere risiko for helseplager. Det å bruke BHT inn mot oppfølging av sykmeldte er mindre vanlig i de virksomhetene vi har vært i kontakt med. Dette henger naturligvis sammen med forskriften som regulerer bedriftshelsetjenestens arbeidsoppgaver og plikter, og det at økte krav til å delta i sykefraværsoppfølging for BHT-enes del er relativt nytt. Følgende redegjørelse fra en informant ved en skole kan gi et inntrykk av hva vi legger i "tradisjonell" bruk av bedriftshelsetjenesten:

*"Bedriftshelsetjenesten er det faktisk... ja nei, det var ei som skadet skulderen sin, og så fikk vi opp en fysioterapeut som var med og tilrettela arbeidssituasjonen, det er ganske viktig da. Så da endte det opp i at vi fikk kjøpt en bærbar, en trillebag med overhead og litt sånn forskjellig utstyr slik at man slapp å... ikke sant. Og så hadde vi en dame som hadde noe kronisk betennelse i bena, og hun var mat- og helselærer. Så fikk vi samarbeidet om å kjøpe en sånn annen type arbeidsstol, og så har jeg jo hatt ute på kontoret, så har jeg hatt en kontordame som har skiftet ut utstyret rundt PC-en sin for å forebygge videreutvikling av senebetennelser og styr og vesen. Og fått head-set på telefonene og. Vi har liksom "hvilke hjelpemidler trengs for å forbedre yte-effekten når man kan bli syk?" Skjønner du meg?"*

Her er det åpenbart at det er hjelpemidler og ergonomiske tilpasninger som er stikkordene for bedriftshelsetjenestens bistand. En verneleder i en kommune sier det på en ganske treffende måte, på spørsmål om hva de bruker bedriftshelsetjenesten til:

*"Den bruker vi til de pliktmessige tingene som er regulert i lov og forskrift. De menneskene – de som jobber i brannredning, til testing av helse og så videre"*

Beskrivelsen de "pliktmessige tingene" skulle illustrere på en god måte det poenget vi har forsøkt å få frem her.

Når det gjelder bedriftshelsetjenestens rolle i sykefraværsoppfølgingen, så forsøkte vi også å utfordre de BHT-ene vi snakket med på hva de mente om dagens krav og forventninger til BHT i sykefraværssammenheng. Og er det mulig for bedriftshelsetjenesten å involvere seg enda tettere inn i den individuelle sykefraværsoppfølgingen? En BHT-representant hadde følgende respons til dette:

*"Jaa.. altså.. det er vanskelig å se kapasiteten, jeg trur det viktigste er å dyktiggjøre lederne på å ta den jobben på alvor. Jeg trur det.. lederne vil alltid være den viktigste part i det. Jeg trur det er mer av det med.. Selv om noen medarbeidere er syk så er det fortsatt lederen som har ansvar for vedkommende. Jeg trur det er viktig å opprettholde det samspillet der mellom ansatt og leder. Og at kontakten bør være klart på rådgivende plan, det kan godt hende at vi kunne bidratt mer, tidligere. Men det er vanskelig å si i forhold til ressursbruk og.. og om en bare skal jobbe fokus på sykefravær i.. og det vil da gå utover det forebyggende arbeidet"*

En informant fra en annen bedriftshelsetjeneste uttalte følgende:

*"Det er der vi egentlig holder på, forebyggende.. den er vi jo veldig aktiv del i.. kommer ned en person og, jeg har så vondt i skuldra mi, og nå begynner det å bli så vondt i håndledd og sånn og sånn.. det er da jeg føler at vi som bedriftshelsetjeneste kan være på banen, sette i gang tiltak som gjør at vedkommende kan slippe å ende opp som sykemeldt. Jeg føler at de har kommet så langt til å blitt sykemeldt, da... da går det sin gang, ikke sant?"*

Felles for disse er at de vurderer det som vanskelig å skulle bidra enda tettere i den individuelle sykefraværsoppfølgingen. De betoner også at de primært ønsker å jobbe forebyggende og rådgivende. Begrunnelsene er dog litt ulike; for den ene BHT-en handler det om at de ønsker å jobbe opp mot ledelsen, og derigjennom bidra til å styrke relasjonen arbeidsgiver–arbeidstaker. De frykter også at tettere involvering i sykefraværsoppfølgingen kan gå utover forebyggingen. For den andre BHT-en virker begrunnelsen å være at de primært ønsker å jobbe forebyggende. Det er interessant å se disse uttalelsene i lys av de nye reglene som ble innført 1. juli 2011, som blant annet innebærer tydeligere krav knyttet til bedriftshelsetjenestens involvering i den individuelle sykefraværsoppfølgingen.

En tredje BHT-leder sier at de legger vekt på både å jobbe forebyggende og mer mot tilrettelegging:

*"Det er på to måter, hovedfokuset vårt er knyttet til forebygging av sykefravær. Hva gjør vi for å forhindre at folk kommer i den situasjonen, og hvordan kan vi hjelpe bedriftene til å bli bevisste... til å fange opp de personene som står i fare for å bli sykemeldt og de som står i fare for å få enda en sykemelding osv. Og så har du den andre sida der folk er sykemeldte – hvordan skal du klare å hjelpe så fort som mulig tilbake i jobb. Og for meg er det ikke det viktigste å få de tilbake i den jobben de går ut fra, målet er å få de tilbake i en eller annen type arbeid der de blir en stabil arbeidstaker. Og der de mestrer arbeidsoppgavene sine, det verste er at du har noen som går inn og ut veldig ofte. Og hvis du går inn og kartlegger, ser du at mange av fellesnevnerne er der, det er arbeidsrelatert, det er mye de samme belastningene som forårsaker sykefraværet. Da tenker jeg på ett eller annet tidspunkt må du bryte den onde sirkelen"*

Informanten sier videre;

*"Det er jo det som er på en måte hovedfokuset vårt, det å forebygge at folk blir sykemeldte. Det er jo der vi har mye å hente"*

Flere funn fra intervjuene kan tyde på at det har skjedd en endring i hvordan BHT brukes. En måte dette kommer til uttrykk på er at det virker å ha skjedd en innskjerping i noen av virksomhetene, ved at helseplager som man tidligere kunne gå til bedriftslegen med, nå må tas opp med fastlegen. Kun arbeidsrelaterte skader eller sykdommer skal tas opp med bedriftshelsetjenesten. Mens dette i enkelte tilfeller handler om en innstramming som har kommet som følge av økonomiske hensyn, virker det i andre tilfeller å være et utslag av en klarere forståelse av at bedriftshelsetjenestens rolle er inn mot det arbeidsmedisinske (og ikke ethvert helseproblem). Flere viser derfor til at fastlegen nå håndterer en del spørsmål som man tidligere kunne gå til bedriftshelsetjenesten med. Dette må imidlertid også ses i sammenheng med fastlegeordningen, som ble innført i 2001. Før innføringen av fastlegeordningen ble en del forhold av helsemessig art tatt hånd om av BHT, rett og slett fordi mange ikke hadde noen lege og fordi det var vanskelig å slippe til mange steder. Det at fastlegene har tatt over en del av de oppgavene som bedriftshelsetjenesten tidligere tok hånd om, har vært en ønsket utvikling også fra BHT-hold i Norge.

Følgende to uttalelser illustrerer den "dreiningen" som vi her har vært inne på, og hva den kan bestå i:

*"De bistår oss per i dag med å kartlegge, hvis det skal være.. de har vært her og kartlagt både, sånn ergonomi på alle avdelingene, de har vært på kjøkkenet ift den her senkeproblematikken, de har vært på rom og sett med sånn stilling og løfting og den biten der. Og vi bruker dem til litt sånn rådgivning der, også er de med på AMU-møtene, og så hjelper de oss med handlingsplan. Også er de som jobber natt pålagt å ha en årlig undersøkelse, så det blir tatt der nede hos dem. Ellers så er det ikke noe i forhold til de andre ansatte, at de er ned til en kontroll eller sånn legebesøk som det var før i tida. Det er fastlegeordninga som tar seg av den biten der for hver enkelt ansatt. Og det er opp til hver enkelt ansatt å sørge for at det er på stell" (verneombud privat virksomhet)*

*"Det blir ikke brukt mye.. pluss at de ikke får lov til å bruke de til det som ikke er jobberelatert.. så skal du måle kolesterol, så får du beskjed om å gå til fastlegen" (adm. dir. privat virksomhet)*

Den tilknyttede bedriftshelsetjenesten har samme oppfatning:

*"Ja det er klart.. da jeg startet så drev vi jo vi sånn i gamle dager, en bedriftshelsetjeneste som tok seg av alt fra fotvorter til ørevoks ikke sant? Alt arbeidsmiljø, resepter til pensjonister.. altså det var en sånn velferdsordning, ikke sant? Også har det etter hvert som det strammet seg til, økonomien har blitt vesentlig, vi har nedbemannet også.."*

Lignende utvikling ble beskrevet av en informant i en industrivirksomhet, på et spørsmål om arbeidsformen og arbeidsoppgavene til bedriftshelsetjenesten har endret seg etter at IA-avtalen ble signert i virksomheten:

*"Ja, det er klart at det har endret seg, for nå får de jo det mer, første kontakten er jo nå mellom leder og den som er sjuk da, mens tidligere var det veldig mye at ja... sendt jo det der opp i... Når man hadde en helsetjeneste så ble det dem som ble brukt, ja..."*

En mulig konsekvens av at bruken av BHT har blitt mer regulert, som det fremkommer i enkelte av disse sitatene, er at relasjonen mellom ansatte og ledere kan ha blitt styrket. Dette er positivt, fordi det bidrar til en ansvarliggjøring av ledelsen når det gjelder å finne en løsning på de tilretteleggingsbehov som ansatte i ulike situasjoner står overfor. Den viktigste relasjonen i sykefraværsoppfølgingen vil alltid være mellom ansatt og leder. Bedriftshelsetjenesten verken kan eller skal overta arbeidsgivers ansvar, men kun gi veiledning og støtte. Spesielt i store virksomheter kan det nok ha vært en tendens til at bedriftshelsetjenesten, spesielt hvis den har vært intern, har blitt brukt og ansvarliggjort vel mye, muligens på bekostning av både arbeidsgiver og fastlege. En mer styrt bruk av bedriftshelsetjenesten kan slik sett være forenlig med en økt ansvarliggjøring av arbeidsgiverne når det gjelder å følge opp og tilrettelegge for egne ansatte.

En tillitsvalgt ved et sykehjem svarer følgende på spørsmål om hvordan de bruker BHT:

*"Ja, altså nå er vel han.. nå skal jo bedriftshelsetjenesten her brukes på en annen måte.. før så har jo han bedriftslegen nærmest fungert som en fastlege for mange"*

En annen informant sier i klartekst at gratis bruk av bedriftslege betinger at det er snakk om en arbeidsrelatert skade:

*"De har gjort det ja, men det tar det opp med legen. De kan ringe til meg og si de vil ha en time til lege. Hvis det er arbeidsrelatert så dekker vi timen, hvis ikke det er arbeidsrelatert så må de dekke kostnadene selv. Men de får komme inn veldig fort, de blir prioritert, for vi har avtale med dem" (HMS-leder i privat virksomhet).*

Det samme gjelder for fysioterapibehandling i en annen virksomhet:

*"Nei, kun undersøkelser. Og hvis de da trenger behandling må de jo gå til en privat fysioterapeut"*

En virksomhetsleder i et sykehjem tegner et ganske likt bilde av at det har skjedd en "innskjerping" i bruken av BHT:

*"Før så var bedriftshelsetjenesten litt annerledes enn den er nå. De ble jo innkalt ikke sant, til helsekontroller, nå gjelder det bare de grupper som er lovpålagt"*

Sitatene illustrerer poenget med at det i disse tilfellene har skjedd en innstramming i bruken av BHT, og at dette i stor grad styres av hva som er arbeidsrelaterte helseplager og ikke. Oppgaver som mange bedriftshelseleger tidligere bidro til en avklaring på, skal nå tas hånd om av fastlegene. Som vi vil komme nærmere tilbake til, er det sannsynlig at økonomi også er en faktor i dette.

## **6.7.2 Kan BHT bidra til mer bruk av gradert sykmelding? Tanker fra en BHT-ansatt**

Gradering har i ulik grad vært et tema i de intervjuene vi har gjennomført. I de tilfellene det ikke har vært diskutert, så er forklaringen gjerne at virksomheten i liten grad benytter sin bedriftshelsetjeneste inn mot sykefraværsoppfølgingen. I ett av intervjuene, nærmere bestemt med en BHT-ansatt<sup>30</sup>, kom det imidlertid frem mange interessante tanker og meninger om potensialet for å bruke gradert sykmelding mer i norsk arbeidsliv. Vi mener mye av det som ble sagt i dette intervjuet synliggjør mange av de mulighetene og dilemmaene som er knyttet til graderingsvirkemiddelet, og som vi også har erfart i mange andre intervjuer. Vi har derfor valgt å gjengi et lite utdrag av intervjuet:

*Intervjuer: Men hva tenker du om de enkelte som hevder at vi må gradere ennå mer enn det som gjøres i dag? Det er den eneste måten å få ned sykefraværet på?*

*Informant: Jeg er ikke helt der, jeg må bare si det, jeg er ikke det. Jeg tenker at den her graderingen er en utfordring for bedriftene i forhold til å kunne klare å tilrettelegge for... noen bedrifter har jo ikke noen problemer, men det er jo så mange bedrifter som aldri kan få den kabalen til å gå opp. Så jeg tror at, og jeg er litt redd for at hvis du har hatt for mye av disse graderte tingene, så... for når folk... la oss si at du skal ha en inn på førti prosent stillingsprosent, seksti prosent sykemeldt. Hvordan i huleste skal du få tak i en person, vikar i seksti prosent, da? Det er ikke lett, vet du. Eller få en vikar i 20 prosent, for den skal produsere 80 prosent. Det er ikke lett. Hvem er det da som må ta det resterende? Jeg er redd for at dette på en måte skal... plutselig så blir det en sånn merbelastning på de andre som er her, for nå... det er vanskelig å få de tilbake på jobb, og disse arbeidsoppgavene, noen andre må ta det. Og da er det virkelig, du får et feil tyngdepunkt. Altså, tilrettelegge for en person så får den... går på bekostning av de andre som jobber. Så er det en ekstra belastning. Det sier bedriftene, at du er nødt... bedriftene må ta*

---

<sup>30</sup> Informanten jobber i en bedriftshelsetjeneste med et stort antall kunder.

ansvar. De skal tilrettelegge for enkeltpersonene, men de skal også tilrettelegge for teamet. Det er klart at noen ganger, jo, den tilrettelegginga hadde passet utmerket for deg, og det hadde funket. Men risikoen blir for stor i forhold til resten av teamet. Fordi du kan ikke påføre resten av teamet den belastningen som den tilretteleggingen medfører. Du må på en måte, derfor kan du si nei til tilrettelegging, fordi du ser konsekvensene blir for store i andre enden. Nettopp fordi nå er det ikke slik at du kan gå inn og si at jammen du kan ta litt, for da kan vi ta inn en vikar, aktiv sykemelding, ikke sant, da kan du ta inn en vikar, så kan du ta... jobbe med litt andre ting, for det kan du kanskje klare. Nei.

Informant: Jeg er veldig spent på å se hvordan dette kommer til å gå, sånn rent... Men jeg... jeg har vært på to dialogmøter tidligere i dag. Og der er det... vi får nok ikke... den ene bedriften fikk ikke kabalen til å gå opp. Fordi det er liksom, vedkommende kan jobbe deler av sitt arbeid. Men den klarer ikke å få resten av den biten... hvem skal ta resten av den biten? For det har liksom ikke.. de kan ikke bare ta inn en person som både er der... har... for dette handler om... en og en halv time per dag, har de en helt annen jobb enn resten av dagen. Og... vedkommende kan faktisk jobbe mesteparten av den dagen, men den halvannen timen, med de andre oppgavene, kan vedkommende ikke ta på grunn av helseplagene sine. Men hvordan skal vi få den kabalen til å gå opp. For de får ikke inn en person som kan ta dette her, og da tenker jeg at jeg kan si at okay, det var en annen person som klarer det, ta både sitt eget og den andre sitt, og de to oppgavene. Men da er det liksom noe med å få dette til å gå sammen. Og det blir litt sånn... gradering er jo et problem. Ta helsevesenet. Du kan ikke si til en person at du kan komme to timer så noen andre kommer og tar resten av timene, for det er vaktordning. Da blir det jo slik at du kan faktisk ikke... det er vanskelig å komme på jobb før du faktisk er så frisk at du kan jobbe en hel vakt. Så det er noen ganger du kunne vært der og gjort noen ting, men det er ingen andre som kan ordne resten. Funker ikke slik på veldig mange plasser.

Intervjuer: Dere er jo inne i veldig mange virksomheter. Er dette noe du ser på en måte.. i mange av dem?

Informant: Ja.

Intervjuer: Utfordringen med gradering?

Informant: Ja. Det er det.

Samtidig mener informanten at de som bedriftshelsetjeneste kan ha en viktig rolle når det gjelder gradering;

Informant: Ja. Det er det vi ser på. Det er alltid det du ser på i forhold til... når du lager oppfølgingsplaner, ikke sant, og sender til legen, kan jeg si at... da sier til lederne hva slags informasjon tenker du at legen trenger å ha for å kunne gjøre en vurdering for mulig aktivitet. Du må være tydelig på hvilke muligheter en har i bedriften, det er den informasjonen de skal sende til legen. Det er det den legen skal bruke når den skal si ja eller nei til aktivitet, eller hvor mye. Og det tenker jeg at, det er det vi ser på, ikke sant? Hvilke arbeidsoppgaver kan du jobbe med, hva kan du ikke jobbe med? Arbeidstida, hva er mest gunstig, fulle dager, halve dager, senere på dagen, fri en dag mellom hver arbeidsdag? Altså, i forhold til din helse, så er det alle de tingene her du må ta opp, og så ser vi på, hva er mest gunstig for deg som arbeidstaker? Og så blir det slik, kan du klare den som arbeidsgiver? Sant, så må arbeidsgiver se på at det er gunstig for

*deg i forhold til din helse, og de plagene du har, men det kan være et problem å få det til, eller det kan vi klare, ikke noe problem for oss å få det til, hvis det passer bedre. Altså, for det er slik vi sitter og vurderer hele tida, og så tenker jeg at vi som bedriftshelsetjeneste, vi er på en måte fri og uavhengig, og det er en stilling som er viktig for oss, og det gjør at vi kan stille noen andre spørsmål og noen litt mer kritiske spørsmål både til arbeidsgiver og arbeidstaker, enn det noen andre kan gjøre, for da vil de kunne bli tatt for å ønske noe gjort eller...*

Grunnen til at vi bruker mye plass på denne informanten, er at vi mener vedkommende synliggjør en del viktige spørsmål og utfordringer som er knyttet til dette med gradering generelt. Sett slik kan det ses på som et relevant innspill til diskusjon, fra en informant med bred erfaring fra norske virksomheter.

### **6.7.3 Har IA-avtalen endret virksomhetenes bruk av BHT?**

Et viktig tema er hvorvidt det å inngå IA-avtale har endret bruken av bedriftshelsetjenesten i virksomhetene. IA-virksomheter kan helt eller delvis få refundert sine utgifter til bruk av bedriftshelsetjeneste fra NAV. Det forutsetter imidlertid at bedriftshelsetjenestens arbeid bidrar til at arbeidstakere unngår sykmelding og at personer med redusert arbeidsevne kan tilbakeføres til sitt arbeid. I Protokollen mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen, fremheves det at de tre delmålene i IA-avtalen må ses i sammenheng, og at måloppnåelse er avhengig av samspillet mellom alle aktørene, herunder også bedriftshelsetjenesten. Gitt dette burde vi egentlig forvente at virksomheters IA-status også gjenspeiles i måten de benytter BHT på. Er det slik?

I en stor industrivirksomhet svarer en ansatt følgende på spørsmålet om hvordan BHT bidrar inn mot virksomhetens arbeid med IA-avtalen:

*"Nei, dem, vi har jo med dem, vi inviterer jo dem inn i dialog 1- møtene også. Så har jo dem oppfølging av folket, av dem som er sjuk over lengre tid da. Etter åtte uker så bruker bedriftslegen å ta kontakt med den enkelte for å få prate med dem"*

*Intervjuer: Akkurat, så da løftes det opp til deg på ledersiden og så er det bedriftshelsetjenesten som er inne på den siden, hvis jeg forstår det rett?*

*"Ja, dem er jo, det har dem bestandig gjort, tatt kontakt med den enkelte, før vi gikk inn i IA-avtalen og. Etter åtte uker så brukte bedriftslegen å ta kontakt med dem og snakke med dem"*

IA-kontakten ved den samme virksomheten tegner et noenlunde likt bilde:

*"Det gjelder, da kan du si at det er fysioterapeuten som er den viktigste brikken, og da er det spesielt det med forebygging, det med ergonomi og rådgivning til.. spesielt til nyansatte, til læringer for eksempel. Veldig viktig at de får inn de riktige holdningene"*

Uttalelsene her indikerer at IA-avtalen ikke har hatt noen spesiell betydning for bruken av BHT i denne virksomheten. Fokuset er på sykefravær og det å følge opp ansatte, uavhengig av IA-avtalen. Bedriftshelsetjenestens innsats er i dette tilfellet i liten grad styrt av IA-avtalen, den handler snarere om de tradisjonelle intervensjonene som bedriftshelsetjenesten generelt forbindes med. Kort

oppsummert er fokuset på ergonomiske problemstillinger. Det må samtidig legges til at dette er en industribedrift, der spørsmål knyttet til det fysiske arbeidsmiljøet åpenbart er viktig.

Også en annen av virksomhetene ble utfordret på hvordan de benytter BHT inn mot IA-arbeidet. Det bildet de tegner samsvarer langt på vei med det som ble presentert fra industrivirksomheten:

*"Ja, vi har jo i og for seg det, rundt på dialogmøter spesielt så er vi jo med. Vi har vel også hatt noen tilfeller hvor det har vært spesielle fysiske problemer som vi da har diskutert, kommet fram til løsninger, forslag til løsninger fra bedriftshelsetjenesten. Så der syns jeg vi har et bra samarbeid. Vi hadde jo også et tilfelle med et trusselbilde, kan vi vel kalle det, på en byggeplass. Det ble litt sånn uroligheter, og da var bedriftshelsetjenesten inne der med kompetanse og muligheter for samtaler for de som eventuelt ønsket det"*

Også i denne virksomheten er det de "vanlige" tingene som BHT gjerne bidrar med, som blir trukket frem, selv om våre spørsmål handlet om bedriftshelsetjenestens innsats inn mot IA-arbeidet. Imidlertid er det viktig å være klar over mange av de oppgavene som bedriftshelsetjenesten generelt utfører, åpenbart er relevante for og forenlige med IA-arbeidet i virksomhetene (selv om de ikke er definert som IA-spesifikke). Ikke minst er det en åpenbar kobling mellom BHT-enes kjerneoppgave, som handler om å bistå virksomhetene i utviklingen av et godt og forsvarlig arbeidsmiljø, og den overordnede målsetningen i IA-avtalen, som er å *forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet*. Det å være tilknyttet en bedriftshelsetjeneste vil med andre ord være med på å sikre et fokus på forebygging som også er svært sentralt i forhold til IA-arbeidet.

I enkelte av de andre virksomhetene som vi besøkte kom det frem at BHT *har* en rolle inn i IA-arbeidet. I en virksomhet ble det trukket frem at BHT deltok i en fast dialog om IA-avtalen med virksomheten, der også NAV arbeidslivssenter var representert. Lignende erfaringer ble trukket frem i en annen virksomhet; her oppga en informant at de brukte BHT aktivt inn mot sitt arbeid med å følge opp IA-avtalen. Her deltok BHT i to årlige IA-fellesmøter, der kun IA-avtalen var tema. Ifølge informanten var det virksomheten selv som hadde ønsket denne involveringen av BHT i IA-arbeidet.

Også en av kommunene vi besøkte ble utfordret på om IA-avtalen har endret bruken av bedriftshelsetjenesten, og om de hadde en strategi på å bruke BHT aktivt i gjennomføringen av avtalen. Her var svaret av en litt annen type:

*"Har ikke tenkt å bruke den på noen særlig annen måte enn det vi bruker i dag. Det betyr at vi bruker den opp mot de som er pålagt å være der. Bruker den i forhold til veldig mye annet rart. Kurs for oss – førstehjelpskurs osv. De deltar i konfliktløsningsarbeid – der har vi hatt de inne. De har oppfølging for medarbeidere som har rusproblematikk. Brukes på et svært område. Jeg ser ikke umiddelbar grunn til å endre bruk av den"*

#### **6.7.4 BHT som bindeledd og "sakkyndig"?**

Som beskrevet i innledningen til kapitlet er den viktigste funksjonen til BHT å bidra til å løse arbeidsmiljøutfordringer på den enkelte arbeidsplass. Arbeidsmiljøkartlegginger og rådgivning knyttet til ergonometri, kjemisk påvirkning og arbeidsbelastning vil typisk inngå i en slik innsats. Dersom vi

avgrenser oss til sykefraværsområdet, kan vi si at fastlegene har noe av den samme funksjonen. Legene skal ikke i dag "bare" sykemelde; de skal foreta *vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom*. Med andre ord skal også fastlegene foreta arbeidsmedisinske vurderinger på individnivå, der kunnskap om helse og medisinsk helsetilstand skal kombineres med kunnskap om muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen. Dette er imidlertid en krevende oppgave, ikke minst i de situasjoner hvor fastlegen kun har pasientens versjon av saken. Hvilken rolle kan bedriftshelsetjenesten spille i denne sammenheng, med sin mer spesifikke innsikt i forhold på arbeidsplassen?

Et verneombud i en privat virksomhet sier følgende:

*"Det siste jeg hørte nå, da var det en lege, NAV og avdelingsleder som var i møtet. Og.. da kom det tydeligvis fram ting som NAV ikke hadde visst til, i forhold til hva legen hadde ment og gjort og sånne ting. Da kom det frem noen momenter som ikke hadde blitt tatt fatt i da, mente NAV, som skulle blitt gjort og sånne ting. Så det er klart at bedriftshelsetjenesten hadde kanskje plukket opp sånne ting, i en litt tidligere fase, hvis dem hadde vært med. For det er klart at du kunne sikkert i en tidligere fase ha fått til dialoger med ting som kunne vært bedre da, enn hva.. det har kanskje vært litt sånn at leger lett kunne skrevet en sykmelding, og så.. ikke gjort alle oppfølginger i forhold til det da. For det er klart sånn som bedriftshelsetjenesten og NAV er mer.. de legger jo mer vekt på å komme tilbake til jobb, gjør de jo..."*

Informanten peker videre på at det er økonomi som gjerne blir begrensningen, fordi det går en grense for hvor mye BHT kan involveres, gitt at den pakken de kjøper for hvert enkelt år har noen klare rammer. Den samme informanten utdyper videre:

*"Og det ser jeg.. vi hadde noen på kjøkkenet som hadde noe allergi og sånne ting, hvor de fikk beskjed her er det 4 måneders venting før du kommer inn til en spesialist. Så er dem behjelpelig og greide å gjøre det innen 3 uker. Sant? Så slipper du unna den lange hjelpetida der, på 4 måneder da, det gjør du. Så dem er veldig behjelpelig på den biten der"*

En BHT-informant setter ord på det på denne måten:

*"Der de på en måte skjønner at de ikke selv finner ut hva som er årsaken, der folk sliter eller er mye borte, har langtidsfravær eller.. da bruker de gjerne oss. Må henvise for.. ikke for at de ønsker en tilbakemelding på det, men for vi tenker at kanskje ikke vedkommende vil snakke med arbeidsgiver om det, men kanskje bedriftshelsetjenesten kan være bindeleddet der for å finne gode løsninger. Vi er mer opptatt av det 24-timers vennskapet, her er det.. vi tenker i hvert fall veldig at vi må se helheten. Og det er vel det fokuset der, har mye spesialarbeid også.. hvordan har vedkommende det. Totalt sett, som gjør at vedkommende skal fungere godt i jobb eller ikke"*



Informanten utdyper videre:

*"Jeg tror det helt klart påvirker bruken, det gjør det. Og at de ser at de kan bruke oss til noen som står i fare for å bli sykmeldt for en del utfordringer, istedenfor at vedkommende går til lege og blir sykmeldt"*

Det som er interessant med disse uttalelsene er dette med helheten (det vil si det å se helsetilstand og arbeidsmuligheter i sammenheng), og at bedriftshelsetjenester vil ha bedre forutsetninger for å kunne se denne helheten, ikke minst fordi de ofte er ute i virksomhetene. I mange konkrete saker vil bedriftshelsetjenesten sitte inne med kunnskap om hvorfor det egentlig har "skjært seg".

En HMS-leder i en industrivirksomhet uttaler følgende:

*"Veldig mange kan vi ikke gjøre noe med. Men en del av dem kan vi ta tak i. Kanskje ryggproblemer, en som går og venter på meniskoperasjon, og i og med at vi har så god bedriftshelsetjeneste så kan vi få time fortere og utredelse av ting som det ville tatt mange måneder å vente på ved sykehuset. Så vi prøver å ta tak i de personene der"*

En BHT-informant fra en annen virksomhet sier det slik:

*"Men det er nå klart, at de.. tilbake til det med, å fremskynde, det med sykemelding.. det er klart at vi er en viktig pådriver mot det der, altså hjelpe pasienter til alternativt sykehusvalg, og vi blir ganske mye brukt... for å få folk raskere gjennom operasjoner og undersøkelser"*

En BHT-leder sier at de er opptatt av å bidra til å få fortgang i avklaringsprosesser:

*"Så er det klart du har dannet et nettverk etter hvert med tanke på hvor finnes de beste hjelpemidlene hen, i forhold til behandling og... ja... hvordan kan du klare å få folk inn kjappest mulig, det er jo en viktig utfordring også i forhold til det å ikke være helt avhengig av ventetidene rundt forbi. Hvor kan man få raskest mulig hjelp? Det er klart du danner et nettverk etter hvert. Det med tidsaspektet er viktig for oss. Må få avklart ting tidligere, ønsker tiltakene iverksatt så tidlig som mulig for å spare mest mulig tid"*

Samme informant mener de som bedriftshelsetjeneste kan utgjøre et viktig supplement i sykefraværsoppfølgingen;

*"Det er litt... det med å se på mulighetene for tilrettelegging i bedriftene og stille spørsmål og se på mulighetene for oppfølging utenom å stille spørsmål i forhold til det. Og det... det tror jeg, det er der vi kan være et supplement, tror jeg. Og jeg tenker i forhold til det med å være i, stille seg kritiske spørsmål, og være den motivatoren som motiverer folk til å prøve, er det noen grunn til at du ikke kan jobbe mer enn du gjør i dag, hva er det som er til hinder for det? Så sånn... hvis lederen hadde spurt samme spørsmål, hadde det på en måte blitt sånn... «tror du ikke at jeg er syk, eller?». Men vi kan gjøre det for vi har en rolle som tilsier at vi... det er jo den rollen vi kan bruke, tror jeg, når vi skal avklare ting og... lage seg et bilde av situasjonen, da kan vi stille noen av de spørsmålene, hva kan du klare, hva kan du klare mer av, hva er det som er til hinder for deg, hva skal til for at du klarer å være der? Sånt, uten at det blir tatt feil opp. Får du den hjelpa du trenger? Det kan være et bindeledd mellom behandlingsapparatet, uten... for vi er jo på en måte underlagt helsepersonell, på en måte, det er lettere for oss å avklare ting med en lege hvis vi er usikre, spørre, liksom... stille spørsmål, ja. Og det tenker jeg, det med legene, det er ofte vi*

*som stiller de spørsmålene, da. Er det noe som... er det noen utsikter til bedring her, hva kan vi forvente, hva er tidsperspektivet. Er det medisinsk grunn til at vedkommende ikke kan være i arbeid, siden du skriver hundre prosent sykemelding, de som er... er det ingenting du tenker at vedkommende kan klare på bakgrunn av... «å, jo», men det er da det kommer frem, alltid. Jo, men jeg har jo vurdert det ut fra de arbeidsoppgavene vedkommende har i dag. Jo, men det finnes mange andre ting. Men da, Guri, hadde vi bare visst det, ja, så da ser vi at det er ikke noe hinder for at han kan gjøre det. Jeg synes det blir veldig fornuftig, og det er der du ser du har noe å hente. Det er viktig at legen er der. De tenker ut fra den informasjonen de har, og de har ikke all informasjon. Og det kan du ikke forvente heller. Jeg ønsker at vi skal være den gode motivatoren, at vi skal se på mulighetene, utfordre folk litt på det med å prøve"*

Det at bedriftshelsetjenesten i mange situasjoner kan komme inn som en alternativ stemme, som kan bidra til nye løsninger på vanskelige spørsmål og utfordringer på arbeidsplassen, handler også om at BHT skal fungere som en nøytral og uhildet part. I dette ligger det at bedriftshelsetjenesten verken skal representere ledelsen eller de ansatte, men snarere komme med innspill og råd som er til virksomhetens beste som sådan. En bedriftslege uttaler følgende om sin rolle:

*"Bedriftshelsetjenesten på sykehuset er ganske obs på det der at vi skal ikke representere arbeidsgiveren eller arbeidstaker, men vi skal være sakkyndige"*

Bruken av ordet "sakkyndig" er her interessant, nettopp fordi det peker på den faglige ekspertrollen som BHT er forventet å innta, uavhengig av ledelsens og de ansattes holdninger og synspunkter. Et verneombud ansatt i en kommune peker på de samme forventningene til BHT:

*"De kommer inn der vi sliter og føler at vi må ha en uhildet part. Har akkurat brukt de nå i en sak hvor vi fant ut at bedriftshelsetjenesten var det riktige. Der var arbeidstilsynet inne"*

Et verneombud i en fylkeskommunal organisasjon sier dette, på spørsmål om hvorvidt IA-avtalen har bidratt til å endre oppfølgingen av sykmeldte:

*"Jeg tror jo det har blitt mer bevisst på det med bruk av bedriftshelsetjeneste, og bruk av ekspertisen. Jeg tror at man tenker kanskje mer forebyggende nå enn behandlende"*

Basert på disse uttalelsene kan vi tenke oss at bedriftshelsetjenesten kan spille en spesielt viktig rolle i situasjoner der fastlegene "svikter" sitt ansvar når det gjelder å foreta en grundig utredning av ansattes arbeidsmuligheter ved sykdom. Bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle dersom fastlegene ikke involverer seg, eller i situasjoner der fastlegen i for stor grad opptrer som pasientens advokat, siden de vil kunne ha innsikt i forhold på arbeidsplassen som er viktig for å vurdere arbeidsmulighet ved sykdom. Bedriftshelsetjenesten kan rett og slett utgjøre et "bindeledd" og et supplement, men dette betinger også at bedriftshelsetjenesten faktisk bruker sin innsikt og posisjon til å gi innspill til fastlegene.

### 6.7.5 Skvis mellom marked og faglighet?

Som vi ser, trekkes gjerne bedriftshelsetjenestens (antatt) uheldede ekspertrolle frem som selve forskjellen, som gjør at BHT representerer et alternativ (og kanskje til og med korrektiv) til arbeidsgiver, lege og NAV i sykefraværssammenheng. Vi antar at denne forventningen er tett knyttet til oppfatningen av BHT som eksperter på arbeidsmedisinske problemstillinger, som skal bistå med løsninger til beste for den ansatte og virksomheten som helhet. En av de viktigste oppgavene for de mange bedriftshelsetjenestene i Norge i tiden fremover vil, etter vårt syn, være å sørge for å opprettholde og styrke denne rollen. I et marked med mange BHT-tilbydere kan imidlertid økt kundefokus og konkurranse om å skaffe oppdrag utgjøre en potensiell trussel til dette. En informant uttalte for eksempel dette:

*"De kan ikke være et konsulentfirma, men må være med inn i organisasjonen. Det som er problematisk er at mange av disse, bedriftshelsetjenesten, blir mer kursholdere. Hvis du går på kurs – begrens omfang – folk får den happeningen – kommer tilbake og detter ned i stolen og etter en uke er det borte alt"*

Også i en rapport fra 2007 trekkes det frem flere trekk ved utviklingen i markedet de senere årene som gir inntrykk av en stadig økende kommersialisering.<sup>31</sup> På den ene side har flere BHT-kjeder kommet inn på markedet, noe som har ført til færre, men større enheter. Nye samarbeidsformer har oppstått, nettverk bygges og bedriftshelsetjenester kan endog fungere som underleverandører til hverandre.

Følgende sitat fra en leder i en privat virksomhet sier også noe om at enkelte bedriftshelsetjenester nok kan være mer varsomme i markedsføringen av sine tjenester:

*"Ja, de er det.. de er veldig flink. Klart de er en ekstern part som skal selge en tjeneste her, så de kan være litt pågående ift. hva de ønsker å være med på. Det er en timespris her som er.. det er ikke noe problem å bruke dem til alt, men det koster skjorta. Så det må begrenses litte grann"*

Lie beskriver det på denne måten, i en nettartikkel fra 2008: *"I dagens stadig mer kommersialiserte BHT-hverdag, er man blitt mer kundeorientert enn man var for 10 år siden."*<sup>32</sup> Ifølge Lie er dette noe som setter store krav til bedriftshelsetjenestene, ved at de ikke må miste sin faglige forankring i kontakten med kundene og i sin innsats for å skaffe nye oppdrag. Dette må også ses i sammenheng med det vi tidligere har vært inne på, nemlig at det for bedriftshelsetjenester flest nok er mest vanlig å føre dialogen med ledelsen i virksomheten. Det er imidlertid viktig å unngå at ønsket om å bygge langvarige kundeforhold og å sikre oppdragsmengden fører til at bedriftshelsetjenester blir for tett på ledelsen i virksomheten. Bedriftshelsetjenesten skal opptre med faglig integritet, og skal arbeide til beste for hele virksomheten.

En annen side av dette handler om bestiller-kompetanse. For at virksomhetene skal få skikkelig utbytte av de tjenestene de bestiller, så er det en forutsetning at de som har bestilleransvaret kjenner godt til arbeidsmiljøet og hvilke behov som må møtes for å få til et godt HMS-arbeid. Dette krever at de som skal foreta bestillinger må ha den rette kompetansen til å gjøre dette. Bjørnstad et al. (2009) fant

---

<sup>31</sup> God BHT - verktøy for evaluering av bedriftshelsetjenesten, utgitt av STAMI i 2007.

<sup>32</sup> Lenke: [http://www.arbeidsmiljo.no/xp/pub/hoved/tidsskrift/temaer/arbeidsmedisin/kunnskapsbasert\\_bht](http://www.arbeidsmiljo.no/xp/pub/hoved/tidsskrift/temaer/arbeidsmedisin/kunnskapsbasert_bht)

imidlertid at bestiller-kompetansen lå på et for lavt nivå i de virksomhetene de undersøkte. En risiko ved dette er at en virksomhet ikke etterspør de tjenestene som er tilpasset utfordringene i virksomheten, noe som igjen kan føre til et mislykket samarbeid mellom virksomhet og BHT. Noen sitater fra ansatte i en kommune illustrerer godt hvilke utfordringer som kan være knyttet til det å føre kontroll med at virksomheten mottar de rette tjenestene:

*"Det har også vært et område hvor det har vært mer den som har vært sittende med kontakten til bedriftshelsetjenesten som ut fra eget forogodtbefinnende har definert hva vi skal bruke den til. Vår systematiske utnyttelse av bedriftshelsetjenesten er ikke optimal. Vi må spisse bestillingen, vi betaler en høy kontingent mot tjenester som er mer å klatte på ting enn det er å få et systematisk godt samarbeid"*

Videre:

*"Vi har ikke definert hvordan vi skal utnytte bedriftshelsetjenesten og hvordan vi skal samarbeide på det området. Vi bruker forholdsvis mye penger på bedriftshelsetjenesten og er ikke sikker på at vi får de leveransene vi virkelig ønsker. Et område det ikke har vært fokus på. Det har vært en medarbeider som har tatt initiativ og forvaltet dette på sin måte"*

Uttalelsene sier først og fremst noe om viktigheten av god bestiller-kompetanse. De sier også noe om den sårbarheten som kan oppstå i en organisasjon, når jobben med å definere behov og bestille bedriftshelsetjenester i praksis er overlatt til en enkelt person. Mens god bestiller-kompetanse først og fremst krever god oversikt over organisasjonen og dens behov, så krever det også at man har fokus på å forankre og "legitimere" tiltakene på ulike nivåer i organisasjonen.

Det er her viktig å legge til at alle forhold som har med BHT å gjøre skal behandles i virksomhetens arbeidsmiljøutvalg (AMU). Dette fremgår av arbeidsmiljølovens § 7.2. I hvilken grad dette faktisk gjøres er imidlertid et åpent spørsmål. Det er heller ikke påbudt for alle virksomheter å ha et arbeidsmiljøutvalg. Virksomheter som ikke har AMU vil med andre ord ikke kunne "regulere" bruken av BHT gjennom AMU. Når det gjelder plikten til å ha et arbeidsmiljøutvalg, så gjelder denne for virksomheter med 50 ansatte eller mer og for virksomheter med 20–50 ansatte *dersom en av partene krever det*. I tillegg har Arbeidstilsynet myndighet til å bestemme at det skal være AMU i en virksomhet.<sup>33</sup>

### **6.7.6 Jobber bedriftshelsetjenesten inn mot de ansatte?**

Bedriftshelsetjenester rundt omkring vil ha kontakt og samhandling med ansatte, ved at mange av de tjenestene de yter, er rettet inn mot de ansatte. Dette gjelder for eksempel helsekontroller og gjennomføring av ergonomiske tilpasninger mv. Vi lurte imidlertid på om det også er slik at bedriftshelsetjenester åpner opp for kontakt med de ansatte, på et mer faglig eller strategisk plan. Er bedriftshelsetjenesten opptatt av å lytte til de ansatte? Henter de inn innspill? Vi forsøkte å få et bilde på dette gjennom å spørre tillitsvalgte og vernepersonale om hvilke erfaringer de hadde med BHT.

---

<sup>33</sup> Disse bestemmelsene er hjemlet i Arbeidsmiljøloven § 7-1. *Plikt til å opprette arbeidsmiljøutvalg*

Som forventet kommer det frem at graden av kontakt og dialog er veldig personavhengig. Imidlertid var det svært få eksempler blant våre virksomheter på at det foregikk noen samhandling mellom BHT og de ansatte som *ikke* handlet om undersøkelser eller kontroller. Blant våre virksomheter var det også eksempler på tillitsvalgte som ikke visste hvilken bedriftshelsetjeneste virksomheten hadde avtale med, og enda mindre hvilke tjenester de kjøpte. Dette kan henge sammen med at BHT-enes kontakt med de virksomhetene som vi har besøkt, går via ledelsen. Det er ledelsen som kommer med bestillingene, og det er ledelsen de jobber opp mot i den videre prosessen. Dette er på ingen måte overraskende. Det som imidlertid blir viktig, er at den bestillingen lederne kommer med til BHT, gjenspeiler organisasjonens behov og er forankret på alle nivåer i organisasjonen. Lederne har med andre ord et klart ansvar for at de ansattes behov og ønsker blir en del av dette.

Følgende uttalelse fra en BHT-ansatt illustrerer lederfokuset:

*"Det hender jo.. på en måte.. ja, de bruker oss hvis det er.. enten om det er folk som sliter med helse og, de ønsker bistand i oppfølgingen eller så har vi et fokus mot diverse.. å ha kapasitet til det og.. tilby lederne noe da, tenker at ledere er på en måte en utsatt gruppe. De har et stort trøkk, de har.. og hvis de sliter og fungerer dårlig, så er de også en dårlig leder for sine medarbeidere. Så det er mye å hente på å være en god støttespiller for lederne"*

En ansatt fra en annen BHT-aktør trekker opp grenseoppgangen mellom ledere og ansatte på denne måten:

*"Vi er veldig tydelig på at vi ikke gjør noen ting for de ansatte, men vi kan gjøre det sammen med dem"*

En tredje BHT-representant ordla seg slik:

*"Det er vanskelig å se kapasiteten, jeg trur det viktigste er å dyktiggjøre lederne på å ta den jobben på alvor. Jeg trur det.. lederne vil alltid være den viktigste part i det. Jeg trur det er mer av det med.. Selv om noen medarbeidere er syk så er det fortsatt lederen som har ansvar for vedkommende. Jeg trur det er viktig å opprettholde det samspillet der mellom ansatt og leder"*

Det at BHT først og fremst har kontakt med lederne fremstår som helt naturlig. Det følger både av innholdet i de tjenestene som ytes og måten bestillinger gjøres på. Samtidig vil det være viktig at ansattes behov er godt ivaretatt når bestillingene gjøres. I så måte er det interessant å merke seg eksemplene fra våre intervjuer, der noen tillitsvalgte i praksis hadde en ikke-eksisterende kunnskap om virksomhetens bedriftshelsetjeneste. Selv om dette er eksempler som er hentet fra noen få virksomheter, så er dette uansett et tankekors.

## 6.8 Oppsummering

Basert på kvalitative dybdeintervjuer med virksomheter fra ulike næringer, supplert med resultater fra to spørreskjemaundersøkelser, har formålet med dette kapitlet vært å vise eksempler på hvordan bedriftshelsetjenesten kan bidra inn i virksomhetenes sykefraværsarbeid. Hvilke "kvaliteter" er det bedriftshelsetjenesten har, som bør utnyttes i en slik sammenheng? Vi vil nå foreta en kort oppsummering av de viktigste funnene.

### ***Arbeidsmiljø og ergonomi viktig***

Det bedriftshelsetjenestene våre casevirksomheter kjøpte var først og fremst knyttet til ergonomi og arbeidsmiljøutvikling. Sykefravær inngikk i varierende grad også i dette, men da først og fremst i et forebyggende perspektiv. Enkelte BHT-er ga uttrykk for at de ønsker å jobbe forebyggende, men de deltar også i oppfølging av ansatte som er sykmeldt (pliktig fra og med 1. juli 2011). Fra spørreskjemaundersøkelsen fremkom det at ergonomi, sammen med kartlegging av arbeidsmiljø, innklimamålinger samt sykefraværsforebyggende arbeid, var de tjenestene som det var vanligst å benytte BHT til. Funnene fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen samsvarer dermed i stor grad med hverandre på dette punktet.

### ***Innskjerping i bruken av BHT***

I flere av virksomhetene vi intervjuet kom det frem at fastlegen nå håndterer en del av de helseproblemene som ansatte tidligere kunne gå til bedriftslegen med. Et typisk krav er at helseproblemet skal være arbeidsrelatert. I enkelte tilfeller handler dette også om økonomi, og at det er kostbart å kjøpe bedriftshelsetjenester. Forestillingen om BHT som en velferdsordning, som er tilgjengelig for å drøfte ethvert helseproblem som ansatte måtte ha, er trolig lite treffende for norsk arbeidsliv i dag.

### ***Bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle i IA-arbeidet***

Eksempler og erfaringer fra våre virksomheter tyder ikke på at BHT har fått noe spesielt endret rolle som følge av IA-avtalen. Virksomheters kunnskap om og bevissthet rundt hva BHT kan tilby har trolig økt som følge av avtalen, men for BHT-ene handler det om at de tjenestene de tilbyr (og som de i stor grad også tilbød før IA-avtalen ble innført) er relevant for IA-avtalen, fordi de i bunn og grunn handler om å understøtte et inkluderende arbeidsmiljø med fokus på forebygging og tilrettelegging. Slik sett er det lite tvil om at BHT kan (og skal) spille en viktig rolle i virksomhetenes IA-arbeid.

### ***BHT som bindeledd og ekspert***

Noe annet som ble fremhevet av flere av de virksomhetene vi intervjuet var at BHT har et fortrinn i sitt arbeid inn mot virksomhetene, gjennom å inneha en slags ekspertrolle. Dette ble også bekreftet av BHT-informanter. Det fremkom at dette vil kunne gagne virksomhetene i deres sykefraværsoppfølging, ved at BHT kan supplere og bidra med andre innspill enn det ansatte, arbeidsgivere, leger og NAV er i stand til. Den arbeidsmedisinske kompetansen er unik for bedriftshelsetjenesten. Samtidig er virksomhetenes forventninger til at bedriftshelsetjenesten skal være en uhildet ekspert noe som stiller sistnevnte overfor et stort ansvar. Kompromissløs faglighet og det at bedriftshelsetjenesten ikke kobler seg for tett opp mot ledelsen i virksomhetene ble pekt på som mulige "suksessfaktorer" i denne sammenheng.

# Muligheter og utfordringer med gradering av sykmeldte: caseeksempler fra norsk arbeidsliv

I denne kapittelet presenterer vi nærmere noen av de virksomhetene vi har intervjuet i forbindelse med prosjektet. Hensikten med dette er å gi leseren et litt mer nyansert og helhetlig bilde av hvilke muligheter og utfordringer ulike virksomheter står overfor når de skal ha ansatte på gradert sykmelding. Vi har valgt å kalle eksemplene for caseeksempler. Dette har en klar begrunnelse; ved å kalle beskrivelsene for caseeksempler er vår intensjon å gi leserne en økt forståelse av den *kontekst* og *sammenheng* som lederes og ansattes erfaringer gjøres innenfor. På denne måten kan caseeksemplene bidra til å nyansere og supplere det bildet som tegnes gjennom registerdata og "tradisjonell" bruk av intervjudata, gjennom å sette erfaringer og oppfatninger inn i en større ramme. Samtidig har vi forsøkt å gjøre beskrivelsene korte og poengterte.

## Casevirksomhet A – hotell og restaurant

Dette er et middels stort hotell når det gjelder antall ansatte. Flere ansatte har jobbet her i mange år, og flere er seniorer. Hotellet har hatt lavt sykefravær sammenlignet med mange andre hoteller, men har opplevd en viss økning den siste tiden. Virksomheten gjør mye bra når det gjelder å forebygge og tilrettelegge for egne ansatte:

- Innkjøp av myke gulvmatter
- Innkjøp av heve-/senkepult
- Strategisk planlegging av vaktliste – unngår å sette opp eldre ansatte på vakter der de med stor grad av sikkerhet vet at det kommer til å bli stort trykk
- Tilrettelegging – viser til eksempel med sykmeldte som har blitt satt til å jobbe med andre oppgaver når de ikke har vært i stand til å utføre fysisk arbeid
- Gjennomfører vernerunder
- Har eget arbeidsmiljøutvalg (AMU)

Oppfølgingen av sykmeldte fungerer etter de ansatte oppfatning bra i virksomheten. Korte avstander i organisatorisk forstand fremheves som ent fortrinn ved virksomheten, fordi det gjør det greit å holde kontakten med og oversikten over de ansatte. Virksomheten har lite erfaring med personer som har vært langtidssykemeldt. Hva så med utsiktene for å få til gradert sykmelding? Flere av informantene er tydelig på at det å jobbe innenfor hotell og restaurant *er* preget av tunge arbeidsoppgaver, som gjerne må utføres i et høyt tempo. Dette er arbeidsoppgaver som "alltid er der", og som må utføres hver dag. Virksomheten har gjennomført (og gjennomfører) mange tiltak som fokuserer på tilrettelegging av arbeidssituasjon samt tilpasning til individuelle behov og forutsetninger. Samtidig er det en oppfatning blant flere at mulighetene og åpningene for tilrettelegging nå i all hovedsak er tatt ut, og at utsiktene for å kunne ha ansatte på gradert sykemelding (20 %, 40 %, 60 % etc.) i meget liten grad er til stede.

Dette med henvisning til de arbeidsoppgavene som skal utføres, og at det å ha personer på delvis sykemelding medfører ekstra planlegging og administrasjon. Det ble videre pekt på at administrasjonen er "besatt", og at potten med alternative arbeidsoppgaver følgelig er svært begrenset. Videre begrenses tilretteleggingsmulighetene av at mange arbeidsoppgaver på et hotell er spesialiserte (noen med fagbrev), noe som krever opplæring dersom en ansatt skal gjøre noe annet. Virksomhetsstørrelse ble også nevnt som en begrensning; hotellet har ikke økonomi til å la en ansatte med slitasjeskader bare gå rundt og være hyggelig med gjestene, noe de sier de kunne gjort om de var større.

### **Casevirksomhet B – bygg og anlegg**

Dette er en virksomhet innen bygge- og anleggsnæringen med mindre enn 50 ansatte, som utfører byggeoppdrag og rehabiliteringsoppdrag. Virksomheten har hatt et ganske høyt sykefravær den siste tiden, og mye av sykefraværet dreier seg om slitasjeskader. Virksomheten har hatt IA-avtale i en del år. Det kommer frem at de har et fokus på forebygging, gjennom å utnytte den variasjonen som er i arbeidsoppgavene rundt omkring på anleggsplassene. Å kunne arbeide med andre arbeidsoppgaver vil imidlertid *alltid* innebære at det fysiske funksjonsnivået i en viss grad er til stede.

De forteller at de sliter med å komme opp med tiltak overfor langtidssykemeldte. Det er ofte fysiske skader det er snakk om (typisk slitasjelidelser eller brudd), og det trenger gjerne sin tid for å leges. De er samtidig tydelig på at de ikke kan "tilrettelegge for å tilrettelegge", eller skape en stilling bare for at noen skal ha noe å gjøre, dersom det ikke er et reelt behov for denne stillingen. Det påpekes at det er fysisk arbeid de driver med, og at de føler at de raskt kommer til et punkt hvor tilrettelegging oppleves som vanskelig. På spørsmål om potensialet for å gradere mer, sier de at de ikke har mulighet til å ha flere på gradering, fordi det ikke er nok høvelige oppgaver. Det fortelles videre om praktiske utfordringer knyttet til bruk av gradert sykmelding, i den forstand at hensynet til fremdrift og ferdigstilling av byggeprosjekter gjerne tilsier at folk er 100 prosent til stede underveis i prosessen. Innenfor det enkelte byggeprosjekt beskrives potten med «forefallende» diverseoppgaver som begrenset, dessuten er de ujevnt fordelt over tid i et byggeprosjekt. Noen ganger vil det med andre ord være enklere å få til en gradert sykmelding enn andre ganger. Også her pekes det på at virksomhetsstørrelse har betydning, i og med at større aktører har en større prosjektportefølje, og slik sett vil ha flere "åpninger" for tilrettelegging.

### **Casevirksomhet C – transport**

Dette er en virksomhet som har hatt lavt sykefravær over flere år. Sammenlignet med bransjen for øvrig er fraværet meget lavt. Virksomheten har kommet langt når det gjelder å utvikle rutiner og systemer for å følge opp egne ansatte. En offensiv innstilling til oppfølging av egne ansatte er koblet opp mot en solid kunnskap og forståelse av hva de som arbeidsgiver skal gjøre overfor ansatte i ulike situasjoner. Det fremkommer at det å oppnå et lavt sykefravær, i tillegg til å være optimalt for den enkelte ansatt, har en konkret økonomisk motivasjon (lavt sykefravær er god butikk). Forebygging og oppfølging av sykmeldte er integrert inn i det meste som virksomheten foretar seg, og mange tiltak gjennomføres (fokus på kjørestil, fokus på kosthold, ernæring, helse, forebygging gjennom medvirkning – ansatte får påvirke egen «turnus», ordning med kollegastøtte, nyinnkjøpte kjøretøy (sikrer ansatte gode arbeidsbetingelser)). Har vært IA-virksomhet i mange år.



Dette er en virksomhet som fremstår som offensiv og kreativ, både når det gjelder forebygging og oppfølging. Vi får likevel en klar følelse av at det er i forhold til gradering av sykemeldte at virksomheten opplever at de har størst utfordringer. Spesielt påpekes det at en situasjon der flere sykemeldte på samme tid skulle vært på gradert sykemelding, ville vært vanskelig å gjennomføre. Virksomheten har for eksempel ansatte som jobber redusert turnus. Så lenge de kan kjøre så kan virksomheten med andre ord tilrettelegge gjennom redusert arbeidstid. Utfordringene oppstår når ansatte ikke er i stand til å kjøre. Informantene påpeker at det er svært utfordrende å finne andre passende arbeidsoppgaver i slike situasjoner. Dette henger sammen med at det er transport som er kjernevirksomheten, og at administrative oppgaver er besatt. På tross av dette har de en del muligheter som de evner å utnytte, blant annet knyttet til vasking av kjøretøyer. Dessuten har ansatte som har hatt behov for tilrettelegging blitt brukt til å henge opp informasjonsmateriell etc. Virksomheten tenker også tilretteleggingsmuligheter "eksternt", gjennom å planlegge et samarbeid med andre virksomheter (fra andre næringer) for å utvide poolen med arbeidsoppgaver. Sykemeldte ansatte med behov for andre arbeidsoppgaver en periode vil med en slik ordning kunne "utveksles" mellom virksomhetene.

Alt i alt er dette en virksomhet som oppviser stort engasjement og stor vilje når det kommer til å imøtekomme ansattes behov på alle mulige måter. De er samtidig åpne på at gradert sykemelding er krevende å få til. Informantene sier at de har tenkt mye på hvilke muligheter de eventuelt har, som de ennå ikke "har sett", men sier at det er vanskelig å komme frem til andre tilretteleggingsalternativer enn de som allerede er for hånden.

#### **Casevirksomhet D – renhold**

Dette er en virksomhet som opererer innenfor en fysisk belastende næring, nemlig renhold. Renholdyrket er preget av mange risikofaktorer, som tunge løft, alenejobbing og nedslitende arbeidsforhold. Konkurransesituasjonen har blitt stadig tøffere, noe som påvirker bedriftenes rammebetingelser og de ansattes arbeidssituasjon. Mens forskning på den ene side viser at det kjemiske arbeidsmiljøet har bedret seg og at flere arbeidstakere jobber dagtid, så er renholderne blant de yrkesgruppene som er mest utsatt for psykososiale arbeidsmiljøbelastninger. Dette gjelder også for selvopplevde helseplager. Arbeidspresset beskrives som økende, arbeidet utføres utenfor virksomheten og renhold er og blir et manuelt arbeid.<sup>34</sup>

Innenfor vår virksomhet i renholdbransjen jobbes det godt og systematisk med sykefraværsoppfølging. Det formelle synes å være i orden; det lages oppfølgingsplaner og det gjennomføres dialogmøter. I løpet av noen år har sykefraværet blitt halvert, til cirka 8 prosent første halvår 2011. Ledelsen forklarer nedgangen med en satsing på opplæring og kursing av ansatte (som gir økt mestringsfølelse i jobben), og en satsing på god ledelse (bl.a. gjennom et internt prosjekt for avdelingsledere). Virksomheten har IA-avtale.

Hvilke erfaringer har de så med gradert sykemelding? Tanken om at flere nå skal sykmeldes delvis/gradert, blir sett på som en utfordring fra virksomhetens side. Hovedgrunnen til dette er at det vil kreve flere tilrettelagte arbeidsoppgaver. Virksomheten opplever "allerede" svært begrensede

---

<sup>34</sup> Beskrivelsene her er hentet fra Trygstad et al. (2011): Til renholdets pris. Fafo-rapport 2011:18

tilretteleggingsmuligheter; det å skulle oppnå enda mer på dette området oppfattes som ytterligere krevende. Renhold og catering er en næring som krever fysisk aktivitet, og det er vanskelig å finne alternative oppgaver som gir mening. "Å ta servicereport", arkivere papirer på kontor og oppdatere HMS-permer nevnes som eksempler på tiltak som har vært prøvd, men det er begrenset hvor lenge det er behov for slike oppgaver og hvor mange som kan settes til å ta disse oppgavene.

Samtidig fremkommer det at det kan være mer å hente på å tenke tilrettelegging for sykmeldte på tvers av avdelingene. Plassering av ansvar for økonomi og arbeidskontrakter har hittil hindret at man har tillat seg å tenke så mye på tvers av avdelinger. Hvis disse "formalitetene" overkommes kan det være at virksomheten oppdager nye tilretteleggingsmuligheter. Dette er et poeng av allmenn betydning; det er viktig at virksomheter tenker gjennom hvilke tilretteleggingsmuligheter som blir forhindret av organisatoriske og administrative hindringer. Hva er det mulig å gjøre noe med?

### **Casevirksomhet E – industri**

Dette er en industrivirksomhet som jobber med mekanisk produksjon og vedlikehold. Sykefraværet har vært stabilt lavt de siste årene, og det er en klar holdning blant lederne at når de ansatte er syke, så kan de ikke jobbe. Det er stor grad av åpenhet mellom de ansatte og ledelsen. Virksomheten har fokus på forebyggende tiltak i form av å ha på plass utstyr som ergonomisk sett er tilpasset. I og med at det er lavt sykefravær i virksomheten får ikke kravene til god og systematisk sykefraværsoppfølging så stor oppmerksomhet i virksomheten. Det formelle synes å være i orden der det trengs, men det påpekes åpent at det alltid ikke er nødvendig å lage oppfølgingsplaner og gjennomføre dialogmøter, fordi fraværet er av en slik art at dette ikke er nødvendig

Virksomheten opplever det som vanskelig å skulle tilrettelegge arbeidet for folk som står i fare for, eller har blitt, sykmeldt. Begrunnelsen som gis for dette er at det er begrensede muligheter til å gi alternative arbeidsoppgaver til de ansatte. Det har for eksempel vært forsøkt å tilby ansatte kontorarbeid, men slike oppgaver har ikke blitt ansett som "verdige" oppgaver over lengre tid. Særlig innenfor industriell virksomhet, som krever fysisk jobbing og faglig presisjon, er det vanskelig å finne tilrettelagte oppgaver som gir mening over tid. Dette er imidlertid en utfordring vi ser går igjen også i andre bedrifter der de ansatte til daglig bedriver et fysisk aktivt arbeid; det er krevende å finne alternative arbeidsoppgaver til de som trenger tilrettelegging, som samtidig oppleves som relevante.

At flere skal sykmeldes delvis/gradert, ses på som en utfordring fra virksomhetens side, fordi dette vil kreve flere tilrettelagte oppgaver. Slik det er per i dag ser virksomheten svært begrensede muligheter for å tilrettelegge arbeidsoppgavene. Videre pekes det på at de jobber innenfor stramme prosjekter, både når det gjelder tid og penger. "Å lese seg opp på fag" blir nevnt som et eksempel på et tiltak som har vært forsøkt, men det er klare begrensninger på hvor mye dette kan gjøres – i tillegg til at interessen blant arbeidstakerne for å gjøre dette ikke nødvendigvis er til stede. Tilrettelegging og gradering ses på som vanskelig fordi virksomhetens produksjon ikke gir rom for å tilrettelegge. Det påpekes også at det ikke er rom for å ha ansatte i arbeidsteamet som ikke er i stand til å jobbe fullt.

### **Casevirksomhet F – rekruttering/bemanning**

Dette er en virksomhet som driver innenfor rekrutterings- og bemanningsbransjen. Hovedvirksomhet er bemanning og utleie av arbeidskraft. Virksomheten består av en administrasjon (som jobber med rekruttering og bemanning) og de personene som er leid ut gjennom ulike oppdrag. Det er virksomheten som har ansvaret for den utleide arbeidskraften, når det gjelder utbetaling av lønn, arbeidsvilkår samt oppfølging ved sykefravær. Dette innebærer også at det er virksomheten som arrangerer og stiller i dialogmøter, dersom en ansatt som er formidlet blir sykmeldt. De som jobber med å rekruttere og bemanne beskrives som dedikerte i jobben, noe som blant annet forklares med at de opplever den jobben de gjør som samfunnsnyttig (meningsfylt å skaffe mennesker arbeid). Det må også påpekes at de ansatte følges opp på de resultatene de oppnår.

Virksomheten har lavt sykefravær, og gjør en del bra når det gjelder forebygging og tilrettelegging. De fokuserer på ergonomiske forebyggende tiltak for å unngå uheldig arbeidsbelastning. BHT benyttes jevnlig for å sjekke arbeidsstilling, heve-/senkepulter er kjøpt inn, ansatte får ha hjemmekontor ved behov, ansatte har en time trening per uke og ansatte kan eksempelvis få jobbe med rekruttering, dersom bemanning oppleves som for krevende. Virksomheten opplever at den strekker seg langt for å forebygge og tilrettelegge. Samtidig er de tydelig på at det er vanskelig å skulle tilrettelegge dersom en person for eksempel ikke kan jobbe foran en PC-skjerm. Dette fordi alle arbeidsoppgaver som utføres i virksomheten i en eller annen grad innebærer å jobbe med PC. I den grad ansatte kan rotere på oppgaver, jobbe kortere tid eller benytte hjemmekontor så greier virksomheten å tilrettelegge og gradere. Det er når tilrettelegging og gradering involverer å skulle finne alternative arbeidsoppgaver at utfordringene oppstår. Det å skulle finne "nye" oppgaver anses som vanskelig, virksomheten mener den har gjort det den kan her.

### **Casevirksomhet G – Pleie- og omsorgstjeneste**

Dette er et middels stort sykehjem i en middels stor kommune. Virksomheten har en sterk faglig ledelse og de ansatte har et godt forhold til virksomhetslederen. Virksomhetslederen på sin side har ikke et så veldig godt forhold til kommunens ledelse fordi de er uenig om hvordan enheten og tjenestene skal utvikles i fremtiden. Virksomheten har et relativt høyt sykefravær, og det ser også ut til å ha satt seg en kultur om at det er greit å "ta seg inn" med fravær av og til. Dette henvises til som mestringsfravær. Flere av de ansatte og gruppelederne er opptatt av at det er gjengangere som har mye sykefravær der de ikke tror det er reelle helseårsaker som er grunnen. Lederen for virksomheten mener det er gruppeledernes ansvar å ta tak i dette. Det oppleves likevel at det er en høy grad av trivsel i enheten og det er lav turn-over, men sykefraværet er altså høyt og har vært det lenge. Mye av sykefraværet forklares å skyldes mer alvorlige sykdommer og belastningslidelser.

Både ansatte og ledere mener de jobber forebyggende, men har på tross av dette, problemer med å få redusert sykefraværet. Virksomhetslederen mener de gjør det de kan og at det er begrensede muligheter for å tilrettelegge mer enn de allerede gjør. Både virksomhetslederen, gruppelederen og de tillitsvalgte mener at tilretteleggingen som gjøres for sykmeldte i stor grad fører til økt belastning for de andre ansatte. Det oppleves som en feil prioritering, og særlig at lederne i for liten grad prioriterer de ansatte som er friske. Oppfølging av sykmeldte oppleves å ta uforholdsmessig mye av lederkapasiteten, og mange av de ansatte føler at lederen ikke har tid til dem. Lederne mener det er urealistisk å forvente at de skal ha en stor andel av de sykmeldte på gradert sykmelding, for det finnes ikke oppgaver nok som er produktive samtidig som de slipper å leie inn vikar. De opplever å måtte

betale lønn for uproduktiv arbeidskraft i tillegg til å betale for vikar. Kommunen har dårlig økonomi, og det er tunge krav til budsjettkutt. Situasjonen oppleves som vanskelig, men de er stolt av å ha et godt arbeidsmiljø der trivselen og fagligheten er høy.

### **Casevirksomhet H – videregående skole**

Vi intervjuet rektor, avdelingsledere, tillitsvalgte og en sykmeldt ved en videregående skole, der sykefraværet i 2011 lå i underkant av 6 %. Sykefraværet gjaldt stort sett langtidssykemeldte, og størst problemer med sykefravær finnes blant ansatte i spesialavdelingen for elever med spesielle behov, der ulike profesjoner er ansatt (lærere, miljøarbeidere, sykepleiere osv.), og der de fysiske og psykiske kravene til de ansatte er tøffere. De ansatte for øvrig er stort sett lærere med høyere utdanning (på hovedfags-/masternivå). Hvert av studieprogrammene, inkludert teknisk avdeling (vaktmestere o.l.) og avdeling for elever med spesielle behov, har egne avdelingsledere med personalansvar. Disse rapporterer til rektor, som har det overordnede personalansvaret. Skolens bedriftshelsetjeneste er tilknyttet fylkeskommunen (skoleeier), og gir tilgang til både fysioterapeuter, lege og psykolog.

Avdelingslederne står for oppfølging av sykmeldte – i form av utarbeidelse av oppfølgingsplaner og deltakelse i dialogmøter. Ledelsen finner oppfølgingsplaner og dialogmøter nyttig – særlig i forhold til å dokumentere hva som gjøres i forbindelse med det enkelte sykefraværstilfelle – og særlig i kompliserte sykefraværsløp. BHT er med på dialogmøter, og brukes aktivt i sykefraværsoppfølgingen. Skolen har også søkt tilretteleggingstilskudd ved flere anledninger, og benytter som IA-virksomhet sin kontaktperson hos NAV Arbeidslivssenter. Ved alvorlig sykdom hos ansatte har ledelsen invitert bruker- og pårørendeorganisasjoner inn for å informere resten av kollegiet om sykdommen, og hvordan man best kan håndtere dette på arbeidsplassen. Ledelsen uttrykker at det er utfordrende å vite hvordan man skal følge opp alvorlig syke på en god måte – uten å blande seg for mye eller for lite inn i vedkommende sin vanskelige livssituasjon.

Den største utfordringen ligger likevel i å håndtere oppfølging av sykmeldte de mistenker kunne vært i jobb, mens som stadig er sykmeldt. Gjennom intervjuet vender vi ofte tilbake til ett sykefraværstilfelle der vedkommende er sykmeldt for en fysisk plage, men der både ledere og øvrige ansatte møter den sykmeldte i fysisk aktivitet på fritiden. Flere forsøk på tilrettelegging har vært fånyttede, da den sykmeldte, i følge ledelsen, ikke er innstilt på å få dette til. Ledelsen føler at de mangler verktøy til å håndtere dette, samtidig er de ikke veldig opplyst om regelverket forbundet med de ansattes medvirkningsplikt. Både ledelse, tillitsvalgte og sykmeldt gir uttrykk for en positiv innstilling til tilrettelegging og graderte sykmeldinger. Den sykmeldte vi intervjuet (mannlig lærer på yrkesfag) forteller om flere forsøk på tilrettelegging og delvis sykmelding, før vedkommende til slutt måtte utføretrygdes.

# Referanser

- Aakvik A, Holmås T, Islam KM (2010): Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Social Science & Medicine* 70 (2010) 15 90-1598
- Aas RW, Ellingsen K, Lindøe P & Möller A (2008): Leadership Qualities in the Return to Work Process: A Content Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 335-346.
- Andersen MF, KM Nielsen, et al. (2011): Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health*. Advance online publication.
- Andersson FW, Bokenblom M, Brantingson S, Brännström SG, Wall J. (2011): Sick listing – Partly a family phenomenon? *The Journal of Socio-Economics* 40 (2011) 496-502.
- Andrén D (2011): Is part-time sick leave helping the unemployed? Örebro university, Working paper 5/2011.
- Andrén D & Andrén (2008): Part-Time Sick Leave as a Treatment Method?, ISSN 1403-2465 (online), Working papers in economics.
- Andrén D & Andrén (2009): How to evaluate the impact of part-time sick leave on the probability of recovering, Working papers in economics. 13/2009.
- Annerblom ML, Sjöström S (2001): Partiell sjukskrivning, arbete och livssituasjon. En utvärdering med genusperspektiv. Centrum för utbildning och forskning inom samhällsvetenskap, Luleå tekniska universitet.
- ANP (2011): Forebygging og oppfølging – to sider av samme sak. Om forebygging av helseproblemer og oppfølging av sykefravær på arbeidsplassen. Arbeidstilsynet, NAV og Petroleumstilsynet. 2. utgave 2011.
- Arbeids- og velferdsetaten og Den norske lægeforening (2006): Legen i det inkluderende arbeidslivet - Inspirasjon til lokalt samarbeid mellom allmennlegene og Arbeids- og velferdsetaten (NAV). Utgitt desember 2006.
- Arbeidstilsynet (2004): Bedriftshelsetjenesten – en god hjelper for din bedrift.
- Aronsson G, Gustafsson K og C Mellner (2009): Samband mellan sjuknärvaro, sjukfrånvaro og självsattad hälsa i den yrkesaktiva befolkningen. *Arbeite og Hälsa*, Nr. 2009;43(3). Göteborgs universitet.
- Arrelöv B (2007): Sjukvården har möjlighet att påverka sjukskrivningarna. *Läkartidningen* nr 39 2007 volym 104.
- Arrelöv BE, Borgquist L, Svärdsudd KF (2005): Influence of local structural factors on physicians sick listing practice: a population based study. *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 5, pp 470-474
- Asnani MR (2009): Patient-Physician Communication, *West Indian Med J* 2009; 58 (4): 1
- Bamberger P og M Biron (2007): Group norms and excessive absenteeism: The role of peer referent others. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 103 (2007) 179-196.
- Bay, A-H, Hatland A, Hellevik T og C Koren (Red.) (2010): De norske trygdene. Framvekst, forvaltning og fordeling. Gyldendal Akademisk. 2. Utgave.
- Bjørnstad O, Lie A, Sletmo K og S Høiback (2009), Bedriftshelsetjenestens rolle og innsats i virksomhetene. Et samarbeidsprosjekt mellom Arbeidstilsynet og Statens arbeidsmiljøinstitutt. STAMI-rapport 3/2009, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), Oslo
- Blank L, J Peters, et al. (2008). "A systematic review of the factors which predict return to work for people suffering episodes of poor mental health." *Journal of Occupational Rehabilitation* 18(1): 27-34.
- Bradley S, Green C & G Leeves (2007): Worker absence and shirking: Evidence from matched teacher-school data. *Labor Economics* 14 (2007) 319-334.

- Brage S & I C Kann (2006): Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner. RTV-rapport 05/2006.
- Brage S & I C Kann (2006): Fastlegers sykmeldingspraksis II: Regelendringer og Legeprogrammet. RTV-rapport 05/2006.
- Brage S & V Solheim (2011): Ny kunnskap: Stor variasjon i legers sykmeldingspraksis, Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Brage S, IC Kann, A Kolstad, JP Nossen & O Thune (2011): Gradert sykmelding – omfang, utvikling og bruk . Arbeid og velferd nr 3. 2011
- Brage S, Krogh M, Klockars M, Mikaelsson B, Permin H og S Thorlacius (2002): Trygdeordninger i Norden. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 1486-91.
- Bratberg E, Holmås TH, Rieck K, & K Vaage (2010): Teachers' sickness Absence in Primary Schools: A Panel Data Multilevel Analysis. Working Papers in Economics. No. 01/10. UiB
- Brouwer S, M Reneman, et al. (2010): A Prospective Study of Return to Work Across Health Conditions: Perceived Work Attitude, Self-efficacy and Perceived Social Support." *Journal of Occupational Rehabilitation* 20(1): 104-112.
- Bråthen K og L E Moland (2011): Samarbeid mellom leger og arbeidsgivere i sykefraværarbeidet. Evaluering av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel. Fafo-rapport 2011:04
- Bye T, Berge C og H Næsheim (2010): Det komplekse sykefraværet. *Samfunnsøkonomen*, Nr. 3, 2010.
- Campbell A, Ogden J. Why do doctors issue sick notes? An experimental questionnaire study in primary care. *Fam Pract experimental questionnaire study in primary care. Fam Pract* 2006;23:125 – 30.
- Carlsen B & K Nyborg (2009): The Gate is Open: Primary Care Physicians as Social Security Gatekeepers. Memorandum No 07/2009.
- Carlsen B & O F Norheim (2003): Introduction of the patient-list system in general practice Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2003, Vol. 21, No. 4, Pages 209-213
- Carroll C, J Rick, et al. (2010): Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability and Rehabilitation* 32(8): 607-621.
- Chadwick-Jones JK, Nicholson N, Brown C (1982): *Social Psychology of Absenteeism*. Praeger, New York.
- Cornelius LR, JJ van der Klink, et al. (2011): Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21(2): 259-274.
- Dahl, S-Å., Holmås, TH., Skjeret F., Kjerstad, E. (2007): En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden. SNF-prosjekt nr. 2726, Samfunns og næringslivsforskning AS, Bergen.
- Dale-Olsen H og S Markussen (2010): Økende sykefravær over tid? Sykefravær, arbeid og trygd 1972-2008. *Søkelys på arbeidslivet*, Nr. 01-02, 2010.
- Damberg G (2009) Fra passivitet til aktivitet: En oversikt over utvikling og endringer på folketrygdens områder de senere årene. *Norsk epidemiologi* 19 (2), 2009.
- Damgaard B & J Boll (2007). Oppfølging på sykedagpenge, del 1. I *Kommuners, lægers og virksomheders erfaringer med de nye regler*. København: Socialforskningsinstituttet (SFI).
- de Vries HJ, MF Reneman, et al. (2012): Factors promoting staying at work in people with chronic nonspecific musculoskeletal pain: A systematic review. *Disability and Rehabilitation* 34(6): 443-458.
- Desiron HA, A de Rijk, et al. (2011): Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health* 11: 615.
- Eagly og Chaiken (1993): *The Psychology of Attitudes*, Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich

- Ekbladh M (2007): Essays on Sickness Insurance, Absence Certification and Social Norms. Phd-thesis, Department of Economics, Lund University. Sweden.
- Ellingsen KL, Kiær, Labriola & Aas (2010): Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær. En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur. Rapport IRIS – 2010/049
- Endresen ST, Hagen EM og HR Eriksen (2009): Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. BMC Musculoskeletal Disorders, Epub, 2009.
- Engblom M (2011): Sickness certification when experienced as problematic by physicians. The department of clinical neuroscience division of insurance medicine. Karolinska Institutet.
- Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skånér Y, Lindholm C, Hinas E & Kristina Alexanderson (2011): Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. December 2011, Vol. 29, No. 4, Pages 227-233
- Englund L, Svärdsudd K (2000): Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care 2000, 18:81-6.
- Englund L, Tibblin G & K. Svärdsudd (2000): Effects on physicians' sick-listing practice of an administrative reform narrowing sick-listing benefits. Scandinavian journal of primary health care 18 (4):215-219, 2000.
- Esser I (2009): Has welfare made us lazy? Employment commitment in different welfare states, British Social Attitudes 25th report, 2008-2009 utgave: 73-105. Sage.
- Fleten N, Krane L & R Johnsen (2009): Utvidet egenmelding – en vei mot riktigere sykefravær? Norsk epidemiologi 2009; 19 (2): 223-228.
- Fleten, N., R. Johnsen, et al. (2004): Length of sick leave - Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. BMC Public Health 4
- Franche RL, Cullen, Clarke, Irvin, Sinclair & Frank (2005): Workplace-Based Return-to-Work Interventions: A Systematic Review of the Quantitative Literature Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 15, No. 4 December 2005
- Fylan B, Fylan F & L Caveney (2011): An evaluation of the Statement of Fitness for Work: qualitative research with General Practitioners. Brainbox Research/Department for Work and Pensions. Research Report No 780 .
- Gallie D & S Alm (2000): Unemployment, gender and attitudes to work, i Gallie, D. og Paugam, S. (red.), Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe. Oxford Univ. Press.
- Gudding I H og A Lie (2005): Bedriftsfysioterapeutens medvirkning til det inkluderende arbeidsliv. STAMI-rapport nr. 1, 2005
- Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Šaltytė-Benth J & O G Aasland (2007): General practitioners' relationship 33 to sickness certification. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Vol. 25, No. 1, Pages 20-26
- Halvorsen K (2011): Undermineres arbeidsviljen av velferdsstaten? Tidsskrift for velferdsforskning, vol. 14, nr. 4, 2011, s. 220-234. Fagbokforlaget.
- Halvorsen PA, Wennevold K, Fleten N, Muras M, Kowalczyk A, Godycki-cwirko M & H Melbye (2011): Decisions on sick leave certifications for acute airways infections based on vignettes: A cross-sectional survey of GPs in Norway and Poland. June 2011, Vol. 29, No. 2, Pages 110-116
- Hansen HT & T Ingebrigtsen (2008): Social Class and Sickness Absence in Norway. Acta Sociologica, Vol. 51(4): 309-327.
- Hansen ILS, Hyggen C & BR Nuland (2009): Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. Fafo-rapport 2009:40.
- Hansen K (2006): ... och vems fel är det? –Attityder, handlingar och regionala tillhörighet. I: Palmer, E.

(red.), Sjukforsäkring, Kultur och Attityder. Forsäkringskassans utvärderingsavdelning, Stockholm.

Helde I, Kristoffersen P, Lysø N & O Thune(2010): Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varigheten innenfor samme diagnose. Arbeid og Velferd Rapport nnr. 4-2010.

Henrekson M & M Persson (2004): The Effects on Sick Leave of Changes in the Sickness Insurance System. *Journal of Labor Economics*, vol 22, s 87-113.

Hesselius P, Johansson P & J Vikström (2008): Påverkas individene av omgivningens sjukfrånvaro? Rapport 2008:11. IFAU

Hesselius P, Johansson P & P Nilsson (2009): Sick of Your Colleagues' Absence?. IZA DP No. 3960. IZA Discussion paper series. Germany

Hlobil H, Staal, Twisk, Koke, Ariens (2005): The Effects of a Graded Activity Intervention for Low Back Pain in Occupational Health on Sick Leave, Functional Status and Pain: 12-Month Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 15, No. 4, December 2005.

Høgelund J, Holm A & J McIntosh (2010): Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *Journal of Health Economics* 29 (1):158-169, 2010.

Ichino A & G Maggi (2000): Work environment and individual background. Explaining regional shirking differentials in a large Italian firm. *The Quarterly Journal of Economics*; 115(3), 1057-1090

Johansson P & M Palme (2002): Assessing the effect of public policy on worker absenteeism, *Journal of Human Resources*, vol 37, s 381-409

Johansson P & M Palme (2005): Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics* 89 (9 10):1879-1890, 2005.

Josephson M, Heijbel B, Voss M, Alfredsson L & E Vingård (2008): Influence of self-reported work conditions and health on full, partial and no return to work after long-term sickness absence. *Scand J Work Environ Health* 2008; 34 (6):430-437.

Kankaanpää AT, Franck JK & Tuominen RJ (2012): Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *Eur J Public Health*. 2012 Feb;22(1):92-6. Epub 2011 Mar 26.

Kann IC & S Brage (2007): Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet. *Arbeids- og velferdsdirektoratet, Arbeid og velferd*, Nr. 3-2007.

Kant IJ, Jansen N, van Amelsvoort L, van Leusden R, Berkouwer A. (2008): Structured Early Consultation with the Occupational Physician Reduces Sickness Absence Among Office Workers at High Risk for Long-Term Sickness Absence: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2008 Mar 20;18(1):79-86.

Karlsen GR (2010): Det regulerte arbeidsmiljø: implementering av HMS i et differensiert organisasjonslandskap. Oslo: Universitetsforlaget

Kausto J, Virta L, Luukkonen R & E Viikari-Juntura (2010): Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. *PMC Public Health* 2010, 10:361.

Kausto, J., H. Miranda, K. P. Martimo, and E. Viikari-Juntura (2008): Partial sick leave-review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health* 34 (4):239-249, 2008.

Kostøl AR (2010): Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting. Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. NOU 2010:13.

Kristensen, P., Nordhagen, P., Wergeland, E. og Bjerkedal, T. (2008): Job adjustment and absence from work in mid-pregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occupational and environmental medicine*, Vol. 65, Issue 8, p. 560-566.

Krohne K & S Brage (2008): How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice*, Volume 58, Number 557, December 2008 , pp. 850-855(6).



- Kuijjer PP, de Beer MJ, Houdijk JH, Frings-Dresen MH (2009): Beneficial and Limiting Factors Affecting Return to Work After Total Knee and Hip Arthroplasty: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 19(4): 375-381.
- Kurtz S(2002): Doctor-Patient Communication: Principles and Practices. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*; 29: Suppl. 2 – S23-S29.
- Levinson W & Pizzo PA (2011): Patient-physician communication: it's about time. *JAMA* 2011;305:1802–3.
- Lie A, Gudding I H, Bjørnstad O & S Aasnæss (2004): Bedriftshelsetjenestens rolle i det inkluderende arbeidsliv. STAMI-rapport 2/2004, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), Oslo
- Lie SA (2010): Sykmelding, gradert sykmelding og forløpet tilbake til jobb: gjentatte overganger mellom full sykmelding, gradert sykmelding og jobb for 283 296 personer fra 2002 til 2010.
- Lie T, Karlsen JE & JE Tharaldsen (1999): Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene. Rogalandsforskning. RF-1999/007.
- Lindbeck A & S Nyberg (2006): Raising children to work hard: Altruism, Work Norms, and Social Insurance. *The Quarterly Journal of Economics* 2006.
- Lindbeck A, Nyberg S, JW Weibull (2003): Social norms and welfare state dynamics. *Journal of the European Economic Association*, 1, 533-542.
- Lindbeck A, Palme M & M Persson (2004): Sjukskrivning som ett sosialt fenomen. *Ekonomisk debatt* nr 4 2004
- Lindbeck A, Palme M & M Persson (2009): Social interactions and sickness absence. CESifo Working paper series no. 2215
- Linton S (2010): The role of psychological factors in the development of work disability with a focus on musculoskeletal pain. Kunnskapsoppsummering til Almid-utvalget.
- Ljunge M (2011): Increasing Demands on the Welfare State? Trends in Behavior and Attitudes. CESifo Economic Studies, 2011, doi: 10.1093/cesifo/ifr011. Oxford University Press on behalf of Ifo Institute for Economic Research, Munich
- Löfgren A, Silén C & K Alexanderson (2011): How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scand J Public Health*. 2011 May; 39(3):245-54. Epub 2011 Jan 24.
- Lønningdal I, Aas RW, Kiær E, Ellingsen KL & G Mørk (2010): Hvilke holdninger og kulturer i virksomheten kan påvirke nærvær og fravær? En kvalitativ studie. IRIS-rapport 2010/126. Stavanger.
- Manski C (1993): Identification of Endogenous Social Effects: The Reflection Problem. *The Review of Economic Studies* 60, 531-542.
- Markussen S (2009): Closing the gates? – Evidence from a natural experiment on physicians. Discussion paper. Ragnar Frisch Centre for Economic Research.
- Markussen S (2010a): The discretionary nature of sick leave. Sammendrag av Phd. [http://www.frisch.uio.no/sammendrag/790\\_eng.html](http://www.frisch.uio.no/sammendrag/790_eng.html)
- Markussen S (2010b): 2004: Da sykefraværet falt som en stein. *Samfunnsøkonomen* Nr. 3 2010.
- Markussen S, Mykletun A, Røed K (2010): The Case for Presenteeism. *IZA Discussion Paper* No. 5343.
- Markussen S, Røed K, Røgeberg OJ & S Gaure (2011, in press): The anatomy of absenteeism. Volume 30, Issue 2, March 2011, Pages 277–292.
- Mason ST, P Esselman, et al. (2012): Return to work after burn injury: a systematic review. *J Burn Care Res* 33(1): 101-109.
- Mastekaasa A (2005): Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Social Science & Medicine* 60 (2005) 2261 – 2272.

- Modig A & K Boberg (2002): Är det OK at sjukskriva sig om man inte är sjuk? Rapport T22785, Temo Stockholm
- Moland LE (2005): Med legene på laget. Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkluderende arbeidsliv. Arbeidsnotat 6 i Følgeforskning Inkluderende arbeidsliv. Fafo-notat 2005:06. Oslo, FAFO.
- Mykletun A, Eriksen HR, Røed K, Schmidt G, Fosse A, Damberg G, Christiansen EC & B Guldvog (2010): Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet. Oslo.
- Mæland JG (2009): Moralsk trygdepanikk. Kronikk i Aftenposten 19.11.2009. <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article3382176.ece>
- Nielsen MB, Madsen IE, Bültmann U, Christensen U, Diderichsen F & R Rugulies (2010): Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *European Journal of Public Health*, Vol. 21, No. 6, 806-811.
- Nilsen S, Werner EL, Mæland S, Eriksen HR & LH Magnussen (2010): Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian journal of primary health care*, 2010
- NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Almlid-utvalget. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Nytrø K (1997): Ansattes syn på sykefravær. Eksplorerende analyser av landsrepresentative data. SINTEF-rapport STF82 A95008. SINTEF IFIM.
- Ose SO, Bjerkan A M, Hem K G, Johnsen A, Lippestad J, Paulsen B, Mo T O, Saksvik P.Ø (2009): Evaluering av laavtalen (2001-2009). SINTEF rapport A11947. Trondheim.
- Ose SO (2010): Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. SINTEF Rapport A14516.
- Ose SO (2005): Working conditions, Compensation and Absenteeism, *Journal of Health Economics* 24 (2005). 161-188. (2).
- Ose SO, Brattlid I, Haus-Reve S, Mandal R og Bjerkan, A.M. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene. SINTEF-rapport A18235. SINTEF Teknologi og Samfunn.
- Ose SO, Jensberg H, Reinertsen RE, Sandsund M & JM Dyrstad (2006): Sykefravær: Kunnskapsstatus og problemstillinger. Rapport A325 fra SINTEF Helse.
- Proba samfunnsanalyse (2011): Misbruk av sykepengeordningen i folketrygden. Proba-rapport 2011 – 3.
- Prop. 89 L (2010-2011): Proposisjon til Stortinget. Endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven mv. (raskere oppfølging og sanksjonering av brudd på regelverket ved arbeidstakers sykdom).
- Quinn T, J Wasiak, et al. (2010): An examination of factors that affect return to work following burns: A systematic review of the literature. *Burns* 36(7): 1021-1026.
- Rege M, Telle K & M Votruba (2009): Social interactions effects in disability pension participation – Evidence from plant downsizing. *Working papers in Economics*. UIS.
- Reiso H, Nygård J F, Brage S, Gulbrandsen P & G Tellnes (2000): Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice* Vol. 17, No. 2, 139-144.
- Renstig M & H Sandmark (2005): Kvinnors sjukskrivning. Riskfaktorer för långtidssjukskrivning bland kvinnliga högre tjänstemän. Karolinska institutet. Institutionen för folkhälsovetenskap. Avdelningen för yrkesmedicin.
- RFV – Riksförsäkringsverket (2004): Attityder till deltidssjukskrivning. Analyserar 2004:13
- Saksvik, Per Øystein & LB Finne (2009): Sykenærvær og langtidsfriskhet: Psykologen som sykmelder. I: Saksvik, P.Ø & Nytrø, Kjell, *Klinisk organisasjonspsykologi* (345-362). CAPPELEN DAMM AS

Scheel I, Hagen K & A Oxman (2002): Active sick leave for patients with back pain: all the players onside, but still no action. *Spine*. 2002, 27 (6): 654-59.

Shaw W, Q N Hong, et al. (2008). "A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability." *J Occup Rehabil* 18(1): 2-15.

Sieurin L, Josephson M & E Vingård (2009): Positive and negative consequences of sick leave for the individual, with special focus on part-time sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health* 37 (1):50.

Skarning N (2011): Sykefravær. Nye arbeidsoppgaver, omplassering eller oppsigelse. Universitetsforlaget. Oslo.

Skogman Thoursie P (2006): Happy birthday! You are insured- differences in work ethics between female and male workers. *Economics Letters* 94 (2007) 141-145.

Skogman Thoursie P. (2004): Reporting sick-are sporting events contagious? Research Article. *Journal of Applied Econometrics*. Vol 19(6), pp 809-823.

Skånér, Y., G. H. Nilsson, et al. (2011). "Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden." *BMJ Open* 1(2).

Solberg A & Aas RW (2010): Relasjonen mellom leder og sykmeldt. IRIS-rapport. 2010/102

St.prp.nr. 1 (1991-92): Foreløpig innstilling om nasjonalbudsjettet for 1992 og forslag til statsbudsjett medregnet folketrygden for 1992

STAMI (2007): God BHT – verktøy for evaluering av bedriftshelsetjenesten. Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), Oslo

Stergiopoulos E, A. Cimo, et al. (2011): Interventions to improve work outcomes in work-related PTSD: a systematic review. *BMC Public Health* 11(1): 838.

Swartling MS, Hagberg J, Alexanderson K & RA Wahlström (2007): Sick-listing as a Psychosocial Work Problem: A Survey of 3997 Swedish Physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation*, Volume 17, Number 3, 398-408.

Taimela S, A Malmivaara, S Justén, E Läärä, H Sintonen, J Tiekso, & T Aro (2008), The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occup Environ Med* 2008; 65: 236 – 41

Tellnes G, Sandvik L & T Moum (1990): Inter-doctor Variation in Sickness Certification. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 45-52

Trygstad, S & Bråten (2011): Tilrettelegging i arbeidslivet. Fafo-rapport 2011:22

Trygstad, S, Nergaard, K., Alsos, K., Berge, Ø.M., Bråten, M. og Ødegård, A.M. (2011): Til renholdets pris. FAFO-rapport 2011:18.

van Oostrom Sandra H, D. M. T., de Vet Henrica CW et al. (2009). "Workplace interventions for preventing work disability."

van Velzen JM, CA van Bennekom, et al. (2009): How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Inj* 23(6): 473-488.

Viikari-Juntura, Eira, J Kausto, R Shiri, L Kaila-Kangas, E-P Takala, J Karppinen, H Miranda, R Luukkonen, K-P Martimo (2011), Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* – online first. doi:10.5271/sjweh.3258

Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vahtera J, Pentti J (2000): Locality and habitus: the origins of sickness absence practices. *Social Science & Medicine* 50 (2000) 27-39.

von Knorring M, Sundberg L, Löfgren A, et al. (2008): Problems in sickness certification of patients: a qualitative study on views of 26 physicians in Sweden. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:22e8.

- Väänänen A, Tordera N, Kivimäki M, Kouvonen A, Pentti J, Linna A & J Vahtera (2008): The role of Work Group in Individual Sickness Absence Behavior. *Journal of Health and Social Behavior* 2008, Vol 4 9 (December): 45
- Wasiak R, AE Young, et al. (2007): Measuring return to work. *Journal of Occupational Rehabilitation* 17(4): 766-781.
- Wergeland E og D Bruusgaard (2005): Er fraværsreduksjon en oppgave for leger? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125:2984-7.
- Wergeland E og K Strand (1998): Need for job adjustment in pregnancy. Early prediction based on work history. *Scand. J Prim Health Care* 1998:16.
- Werner EL og P Côté (2008): Low back pain and determinants of sickness absence. *The European Journal of General Practice*, Vol. 15, No. 2; p.74-79, 2009.
- Westin S (2006): Hvilket sykefravær? *Kronikk i Dagbladet tirsdag 12. September 2006*.
- Winde D L, Hansen H-T & S Gjesdal (2011): General practitioner characteristics and sickness absence – a register-based study of 348 054 employed Norwegians. *European Journal of General Practice*, 2011: 17: 210-216.
- Wrapsona W & AJ Mewseb (2011): Does the doctor or the patient control sick leave certification? A qualitative study interpreting patients' interview dialogue. *Oxford Journals Medicine Family Practice* Volume 28, Issue 2 Pp. 202-209.
- Wynne-Jones, G., C. D. Mallen, et al. (2010): Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Family Practice* 27(3): 344-350.
- Wynne-Jones, G., C. D. Mallen, et al. (2010): What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28(2): 67-75.
- Østerås N, Gulbrandsen P, Kann I C & S Brage (2010): Structured functional assessments in general practice increased the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health* 20 0, OnlineFirst 7. januar.

# Vedlegg I: Datagrunnlag og metode

I dette vedlegget beskriver vi de ulike datakildene vi har brukt i rapporten og hvilke metoder vi har benyttet.

Som i alle våre prosjekt i Gruppe for arbeid og helse, bruker vi en rekke ulike informasjonskilder for å studere de aktuelle problemstillingene. I dette prosjektet bruker vi følgende kilder:

- Tidligere forskning
- Registerdata fra NAV og SSB
- Intervjuer med virksomheter
- Spørreundersøkelser til virksomheter

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Prosjektnummer: 26036). Dette innebærer bl.a. at det er gitt tillatelse til å benytte alle de datakildene som er brukt i prosjektet. Prosjektet er også godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt). Kravet om å melde inn prosjektet til REK midt var knyttet til at intervjudata fra sykmeldte skulle inngå som en del av datagrunnlaget i prosjektet, og at dette er en type intervjuer der sensitive opplysninger knyttet til helse og sykdom vil kunne fremkomme.

## Tidligere forskning

Forskning må bygge videre på det som er gjort tidligere. Vi starter derfor vår studie med gjennomgang av tidligere forskning rundt de enkelte problemstillingene prosjektet tar opp.

Vi har gjennomført omfattende søk etter litteratur som dekker temaene som blir tatt opp i alle delkapitlene i denne forskningsrapporten:

- Gradert sykemelding/Delvis sykemelding
- Tilrettelegging på arbeidsplassen
- Ansattes medvirkningsplikt i praksis
- Sykmeldtes holdning og motivasjon
- Legen sykemeldingspraksis og vurdering av funksjonsevne/arbeidsevne
- Bedriftshelsetjenesten (BHT)

I all hovedsak konsentrerer oss om relevante bidrag fra Norden, og noe av litteraturen er også beskrevet tidligere i litteraturgjennomganger og kunnskapsstatusrapporter vi har utarbeidet på temaet

sykefravær (Ose et al. 2006 og Ose 2010). De vanlige databasene er benyttet og søket er siste gang oppdatert høsten 2011.

## Registerdata fra NAV og SSB (2000-2011)

Det er innhentet et omfattende datagrunnlag i dette prosjektet. SSB har levert data til oss og tallgrunnlaget kommer fra NAV og SSB.

Vi benytter celle-datasett for sektor, næring, yrkesgrupper og utdanningsgrupper. For hver av disse fire datasettene har vi følgende variabler:

1. Antall sykefraværstilfeller totalt
2. Antall sykefraværstilfeller som er gradert (0-20%)
3. Antall sykefraværstilfeller som er gradert (21-49%)
4. Antall sykefraværstilfeller som er gradert (50%)
5. Antall sykefraværstilfeller som er gradert (51-70%)
6. Antall sykefraværstilfeller som er gradert (71-99%)
7. Antall sykefraværstilfeller som er gradert (100%) [Full sykmelding]
8. Antall sykefraværsdager totalt
9. Antall sykefraværsdager som er gradert (0-20%)
10. Antall sykefraværsdager som er gradert (21-49%)
11. Antall sykefraværsdager som er gradert (50%)
12. Antall sykefraværsdager som er gradert (51-70%)
13. Antall sykefraværsdager som er gradert (71-99%)
14. Antall sykefraværsdager som er gradert (100%) [Full sykmelding]
15. Antall avtalte dagsverk
16. Antall hovedarbeidsforhold
17. Antall hoved- + biarbeidsforhold
18. Antall ansatte

For alle variablene har vi tallfordeling på 10 aldersgrupper og på kjønn. Data inneholder ikke informasjon om egenmeldt sykefravær, kun legemeldt. Det er kun legemeldt sykefravær som kan graderes, så i denne rapporten er ikke egenmeldt sykefravær særlig relevant.

Særlig er registerdatasettene for næring omfattende, fordi vi har data på 5-sifret næringsnivå (NACE kode) som før omstrukturering inneholder flere millioner observasjoner. Pga. skifte i næringskoder i perioden (NACE94, NACE02 og NACE07) har det vært nødvendig å skrive et program som koder om nye og gamle næringskoder for å få sammenhengende tidsserier.

## Intervjuer

Vi har gjennomført en rekke intervjuer. Oversikten er vist i neste tabell.

Informanter:	2008	2009	2011	Totalt
Tillitsvalgte	15	6	5	26
Verneombud	7	3	4	14
HR/Personal	10	10	6	26
Operative ledere/avdelingsledere	22	10	20	52
Daglig leder/virksomhetsledere	21	6	9	36
Rådmenn	6	0	0	6
Ordførere	6	0	0	6
NAV Arbeidslivssenter (ALS)	0	7	5	12
NAV lokalt	0	0	2	2
BHT	0	2	6	8
Leger	0	0	2	2
Sykmeldte/ansatte	0	9	14	23
Totalt	87	53	73	213
Antall virksomheter	12	16	15	43

Gruppe for arbeid og helse har som mål å ha en god kobling mellom prosjektene vi arbeider med for å utnytte data som samles inn best mulig og for å få stor bredde i informasjonsgrunnlaget. Vi henter derfor informasjon fra intervjuer fra ulike prosjekter for de ulike delene av rapporten. Intervjuene vi har brukt i denne rapporten er hentet fra følgende prosjekt:

- Evalueringen av IA-avtalen (intervjuer gjennomført i 2008 og 2009)
- Inkluderende arbeidsliv i kommunene (intervjuer gjennomført våren 2009)
- Gradering av sykmeldinger og oppfølging av sykmeldte (intervjuer gjennomført i 2010/2011)

Ved å bruke intervjudata også fra tidligere og andre pågående prosjekt får vi sett problemstillinger mer i sammenheng med hverandre, og vi kan også oppdage endringer over tid i holdninger, bevissthet og annet. Dette kommenteres der det er relevant. I løpet av årene vi har holdt på å intervjuer i virksomheter og andre aktører, har vi erfart at det er mye som endres svært lite over tid. Samtidig, når vi analyserer data gjennom ulike prosjekt og ulike problemstillinger, kommer det stadig opp nye problemstillinger vi tar med inn til aktørene neste gang vi er ute og intervjuer. Intervjuer pågår kontinuerlig i faggruppen, og med vår effektive måte å kode og analysere intervjuene på, får vi hele tiden utnyttet informasjonsgrunnlaget.

Siden vi forsøker å ha god kobling mellom prosjektene vi til enhver tid arbeider med, er det alltid relevante tema å ta med i analysene i de forskjellige prosjektene.

Totalt	Antall ansatte	Andel ansatte	Vekt	Antall virksomheter om representativt på næring	Antall om representativt	Utvalg	Avvik
JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE	27 115	1	0.011	0.473	0	1	1
OLJE- OG GASSUTVINNING	22 688	1	0.009	0.387	0	1	1
INDUSTRI OG BERGVERKSDRIFT	246 497	10	0.103	4.429	4	5	1
EL-, VANN OG RENOVASJON	28 256	1	0.012	0.516	1	0	-1
BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET	170 262	7	0.071	3.053	3	3	0
VAREHANDEL	349 310	15	0.146	6.278	6	1	-5
OVERNATTINGS- OG SERV. VIRKS	76 701	3	0.032	1.376	1	1	0
TRANSPORT OG KOMMUNIKASJON	214 861	9	0.09	3.87	4	2	-2
FINANS- OG FORSIK.VIRKS.	48 919	2	0.02	0.86	1	0	-1
FORRETN. TJ., EIENDOMSDRIFT	260 823	11	0.109	4.687	5	1	-4
ADM., FORSVAR, SOS. FORSIKR.	146 260	6	0.061	2.623	3	11	8
UNDERVISNING	207 682	9	0.087	3.741	4	2	-2
HELSE- OG SOSIALTJENESTER	515 119	21	0.215	9.245	9	14	5
PRIVATE TJENESTER ELLERS	78 507	3	0.033	1.419	1	1	0
SMÅNÆRINGER	6 064	0	0.003	0.129	0	0	0
TOTALT	2 399 064	100	1	43	43	43	0

Dette betyr at vi har betydelig underrepresentativitet av varehandelen og vi opplever at det er vanskelig å rekruttere virksomheter til intervjuer. Forretningsmessig tjenesteyting er også problematisk og dette kan ha sammenheng med at de ikke har høyt sykefravær eller noen utfordringer knyttet til dette og derfor er vanskelig å overtale til å bli med i studiene.

Kodingen av intervjuene er gjort gjennom en metode utviklet i SINTEF, Gruppe for arbeid og helse. Metoden innebærer at alle intervjuene kodes detaljert av forskere. I dette prosjektet ble intervjuene kodet i om lag 80 ulike koder. Alle sitat kodes og ved hjelp av koblinger mellom celler i Excel, rekkeviser sorteringsfunksjoner og formateringsutvalgelse produserer et Word-dokument som inneholder alle sitatene og informasjon fra alle som er intervjuet (virksomhet, rolle, når i intervjuet m.m.) fordelt i kapitler og underkapitler. Analysene gjøres ved å gjennomgå de aktuelle kapitlene/kodene for hvert tema og ta med sitater som illustrer noe som kommer hyppig opp i intervjuene. Alle typer respondenter (alle roller) bidrar i samme kodeliste, med noen unntak.



## Spørreundersøkelser til virksomheter

Det er brukt informasjon fra to spørreundersøkelser til et stort utvalg virksomheter. Dette er fra prosjektet:

- Evalueringen av IA-avtalen (2008/2009)
- Evalueringen av IA-avtalen og protokollen (2011)

Flere av temaene i spørreundersøkelsen er relevant fra evalueringsarbeidet. Årsaken til dette er at gjennom IA-avtalen og protokollen legges det opp til økt bruk av gradering. Evalueringen tar ikke opp gradering spesielt, så dette temaet inngår primært i denne rapporten. Tilrettelegging er et viktig tema både i IA-avtalen og i vårt graderingsprosjekt, og de grundigste tilretteleggingsanalysene gjøres også i dette prosjektet. IA-evalueringen er svært omfattende og det er ikke rom for grundige analyser på de enkelte temaene. Det er derfor svært nyttig at andre prosjekt får utnyttet alt datagrunnlaget som samles inn i forbindelse med evalueringen.

Med utgangspunkt i en rekke intervjuer har vi utarbeidet spørreskjema til representanter for ansatte og representanter for ledelsen, se vedlegg til evalueringsrapporten. Dette var en av våre viktigste datakilder i IA-evalueringen, men det er mye informasjon fra dette datagrunnlaget som tidligere ikke har vært grundig analysert.

### Spørreundersøkelse 2008/2009

Vi sendte ut spørreskjemaet i begynnelsen av november 2008 og gjennomførte purrerunde i løpet av februar og mars 2009. Det var et mål at utvalget skulle være stort nok til å studere nærings- og sektorforskjeller i IA-arbeidet. Det har dermed vært viktig at sammensetningen av virksomhetene reflekterer sammensetningen i IA-registeret i forhold til næring og sektor.

Her har vi ikke nøyd oss med at virksomhetene skal være representative på hovednæringskode (2-sifret næring) som for intervjuene vi gjennomførte i evalueringen, men vi ville også at utvalget skulle være representativt på 3-sifret næringskode. Det er mange små virksomheter i IA-registeret. Dette skyldes at alle enhetene i et foretak registreres i registeret når foretaket inngår IA-avtale. Det var på uttrekkstidspunktet (oktober 2008) nesten 43 000 organisasjonsnummer registrert i IA-registeret. Vi ønsket ikke å ta med de minste enhetene fordi intervjuene våre viste at de veldig små enhetene i liten grad kan gi informasjon om IA-arbeidet. Samtidig er det viktig å få med små enheter fordi Norge i stor grad består av små virksomheter. Vi valgte derfor kun å inkludere virksomheter med mer enn 9 ansatte. Denne informasjonen ligger i IA-registeret og vi fant ut at 25 024 enheter (med eget organisasjonsnummer) tilfredsstillte dette samtidig som det foreligger informasjon om NACE kode for enheten. Disse virksomhetene er fordelt på 164 3-sifrede næringskoder. Vi har plukket et tilfeldig utvalg innenfor hver av disse 164 kodene. Utvalget er dermed svært representativt for IA-virksomhetene i IA-registeret. Siden virksomhetene er trukket tilfeldig innenfor hver kode er de representative også i forhold til antall ansatte, sektor med mer. Dette betyr at nesten hver femte virksomhet i IA-registeret med 9 eller flere ansatte til å motta spørreskjema, dvs. 5000 virksomheter mottok spørreskjema fra oss.

Etter at vi hadde trukket utvalget sendte vi listen med organisasjonsnummer til Bedrifts- og foretaksregisteret i SSB som koblet på postadressene. Brev ble sendt ut sammen med trykket

spørreskjema og en nettsadresse med egen kode for nettbesvarelse av skjema i begynnelsen av november 2008. Det ble sendt ut to skjema til hver virksomhet, ett adressert til "Daglig leder/virksomhetsleder" og ett til "Hovedtillitsvalgt/tillitsvalgt".

Etter en purrerunde gjennomført i februar/mars 2009 hadde vi fått svar fra 3 092 virksomheter, 64 prosent av alle virksomhetene. I noen virksomheter har både ledelsen og de tillitsvalgte svart, i andre har kun leder eller kun tillitsvalgt svart. Halvparten av lederne har returnert skjema, mens i underkant av 40 prosent av de tillitsvalgte har levert skjema. 66 prosent av svarene fra ledelsen kommer fra daglig leder/virksomhetsleder/enhetsleder, 6 prosent fra hhv. personalleder og leder for HMS-tjenesten. Fra de ansatte kommer 66 prosent fra tillitsvalgt eller hovedtillitsvalgt, mens 22 prosent kommer fra verneombud/hovedverneombud. Mer detaljer om denne surveyen kan leses i Ose et al., 2009 (Evalueringen av IA-avtalen).

Som vist i neste tabell har vi i dette datagrunnlaget omfattende surveyinformasjon fra 1 043 enheter innen helse og sosiale tjenester. Det er disse som brukes i dette prosjektet, men svarene ses i sammenheng med svarene fra de andre IA-virksomhetene.

Etter at denne informasjonen ble samlet inn og hadde vi en database bestående av 3 092 virksomheter, bestilte vi data fra sykefraværsregisteret og Bedrifts- og foretaksregisteret for å koble på informasjon. Dette ble særlig gjort for å få sikker informasjon om sykefravær og utvikling over tid.

Følgende variabler er koblet på data for surveyundersøkelsen i etterkant av datainnsamlingen:

$X_{iAt}$ , der X=antall arbeidsforhold (hoved og bi), sykefraværsprosent,  $i$  er virksomhet ( $i=1,2,\dots,3\ 092$ ),  $A$  er alder inndelt i følgende fem grupper (16-24), (25-40), (41-54), (55-61) og (62-69) og  $t$ =tidsperiode (2001 K1, 2001 K2,...2008 K4). Dvs. 32 kvartal.

Sykefraværet og antall arbeidsforhold er oppgitt for ulike aldersgrupper, så i teorien kan krysstabeller lages på alle nivå (sektor, næring m.m.). Dette betyr at vi har informasjon fra alle landets virksomheter i celle-datasettet, men kun et utvalg IA-virksomheter som har svart på vår undersøkelse i virksomhetsdata. Denne delen av datagrunnlaget benyttes i flere av kapitlene i rapporten.

De samme virksomhetene har mottatt spørreskjema høsten 2011 og første runde er snart slutført.

### Spørreundersøkelse 2011/2012

Vi gjentok samme undersøkelse i 2011/2012, med utsending av skjema i november og purring i slutten av januar. I forkant av undersøkelsen gjennomførte vi en adresselistevasking av listen på 5000 virksomheter. Følgende status ble gitt:

Status	Antall	Prosent	Gyldig prosent
Aktiv	3 932	78.8	78.8
Dublett	6	0.1	0.1
Inaktiv	848	17	17
Konkurs	15	0.3	0.3
Nedlagt	5	0.1	0.1
Slettet	183	3.7	3.7
Total	4 989	100	100

I november 2011 ble det sendt ut spørreskjema til 3937 virksomheter. Pr 9. februar 2012 har vi fått inn svar fra 2 565 ulike virksomheter. Fra 38 prosent av disse har vi fått svar fra både leder/representanter for ledelse og tillitsvalgte/andre ansattrepresentanter, mens for 42 prosent av virksomhetene har vi kun svar fra ledelsen. Fra en av fem virksomheter har vi svar kun fra ansattssiden.

	Antall virksomheter	Andel
Kun svar fra ledere	1 089	42
Kun svar fra tillitsvalgte/ansattrepresentanter	503	20
Svar fra begge	973	38
Totalt antall virksomheter	2 565	100

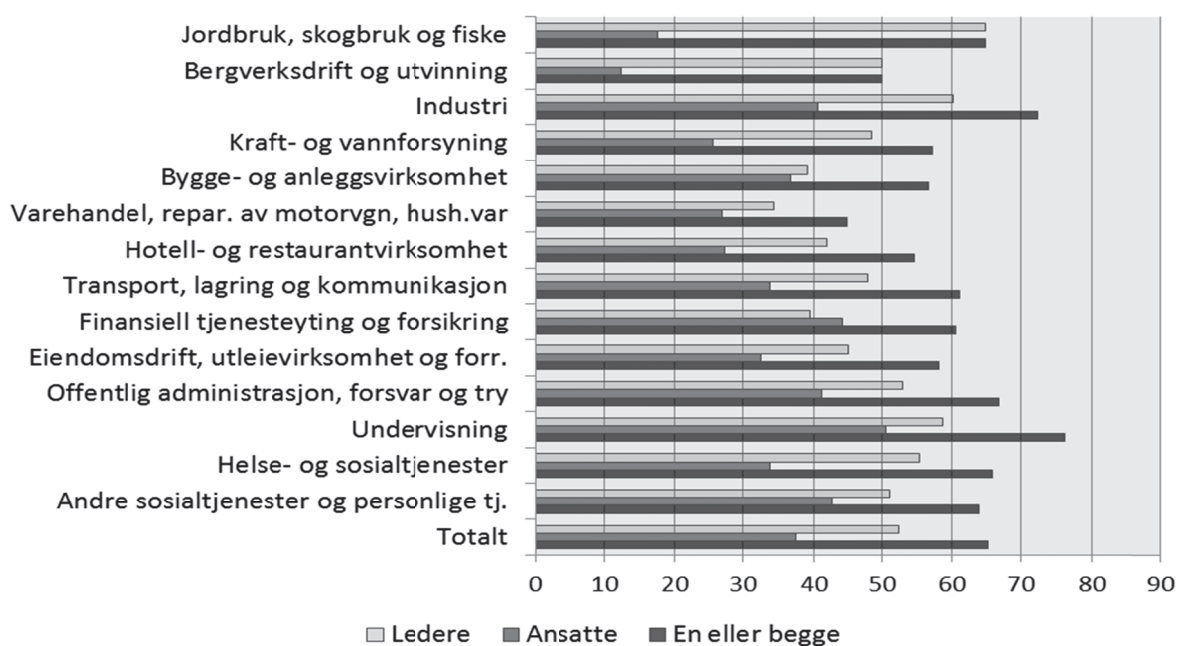
Svarprosenten blir som følger:

	Antall svar	Svarprosent
Ledere	2 062	52
Tillitsvalgte/ansattrepresentanter	1 476	37
Antall virksomheter	2 565	65

Dette betyr at 65 prosent av virksomhetene har svart på undersøkelsen fra en eller begge respondentene. Over halvparten av lederne har svart og 37 prosent av de tillitsvalgte. Svarprosenten sier ikke noe om representativiteten, men vi kan se på fordelingen av svarene på ulike sektorer og næringer i forhold til hvor mange som ble plukket ut til å delta.

	Utvalg	Ledere	Ansatt e	En eller begge	Leder e	Ansatt e	En eller begge
Statlig sektor	542	272	205	349	50	38	64
Fylkeskommunal sektor	111	70	57	84	63	51	76
Kommunal sektor	2 375	1 325	921	1 628	56	39	69
Privat sektor	910	394	293	503	43	32	55
Totalt	3 938	2 061	1 476	2 564	52	37	65

	Utvalg	Antall svar			Andel besvart		
		Ledere	Ansatte	Ene eller begge	Ledere	Ansatte	Ene eller begge
Jordbruk, skogbruk og fiske	17	11	3	11	65	18	65
Bergverksdrift og utvinning	8	4	1	4	50	13	50
Industri	123	74	50	89	60	41	72
Kraft- og vannforsyning	35	17	9	20	49	26	57
Bygge- og anleggsvirksomhet	120	47	44	68	39	37	57
Varehandel, repar. av motorvgn, hush.var	329	113	89	148	34	27	45
Hotell- og restaurantvirksomhet	55	23	15	30	42	27	55
Transport, lagring og kommunikasjon	154	74	52	94	48	34	61
Finansiell tjenesteyting og forsikring	86	34	38	52	40	44	60
Eiendomsdrift, utleievirksomhet og forr.	117	53	38	68	45	32	58
Offentlig administrasjon, forsvar og try	442	234	182	295	53	41	67
Undervisning	707	415	358	539	59	51	76
Helse- og sosialtjenester	1 652	915	557	1 087	55	34	66
Andre sosialtjenester og personlige tj.	94	48	40	60	51	43	64
Totalt antall virksomheter	3 939	2 062	1 476	2 565	52	37	65



Vi ser at varehandel er dårlig representert, mens undervisning og industri ligger høyt. De ansatte er dårlig representert i flere næringer og dette reflekterer delvis organiseringsgraden.

# Vedlegg II: Tabeller og figurer for detaljerte næringskategorier

Følgende ligger ved for hver hovednæring:

- Tabell som viser antall ansatte, andel menn og andel av alle årsverk fordelt på 5-sifret undernæring
- Figurer som viser nivå og utvikling i antall ansatte i perioden 2000-2011 fordelt på kvinner og menn for 10-20 av de største undernæringene målt etter antall ansatte i 2011
- Figurer som viser nivå og utvikling i sykefraværet i perioden 2000-2011 fordelt på kvinner og menn for 10-20 av de største undernæringene målt etter antall ansatte i 2011
- Figurer som viser nivå og utvikling i sykefraværsprosenten i perioden 2000-2011 samlet for kvinner og menn og andel av sykmeldingene som er gradert

## JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE

Pr 2. kvartal 2011	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
<b>JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE</b>	<b>54 230</b>	<b>71</b>	<b>100</b>
Tjenester tilknyttet husdyrhold	12 020	71	22
Fisk og skalldyrproduksjon, hav/kystbas.	10 418	82	19
Dyrking av jordbruks- og hagebruksvekste	7 256	53	13
Storfehold og melkeproduksjon	6 974	65	13
Tjenester tilknyttet planteprod., etterb	5 140	80	9
Oppdrett av hest, esel, kameldyr og lign	2 826	60	5
Avvirkning	2 056	83	4
Hav- og kystfiske	1 734	75	3
Tjenester tilknyttet skogbruk	1 706	91	3
Komb. husdyrhold og planteprod.	1 614	64	3
Svinehold	894	70	2
Fjørfehold og eggproduksjon	708	56	1
Skogskjøtsel, andre skogbruksakt., innsa	554	76	1
Husdyrhold ellers	218	73	0
Ferskvannsfiske	50	68	0
Jakt, viltstell og tilkn. tjenester	18	78	0
Annet	44	86	0

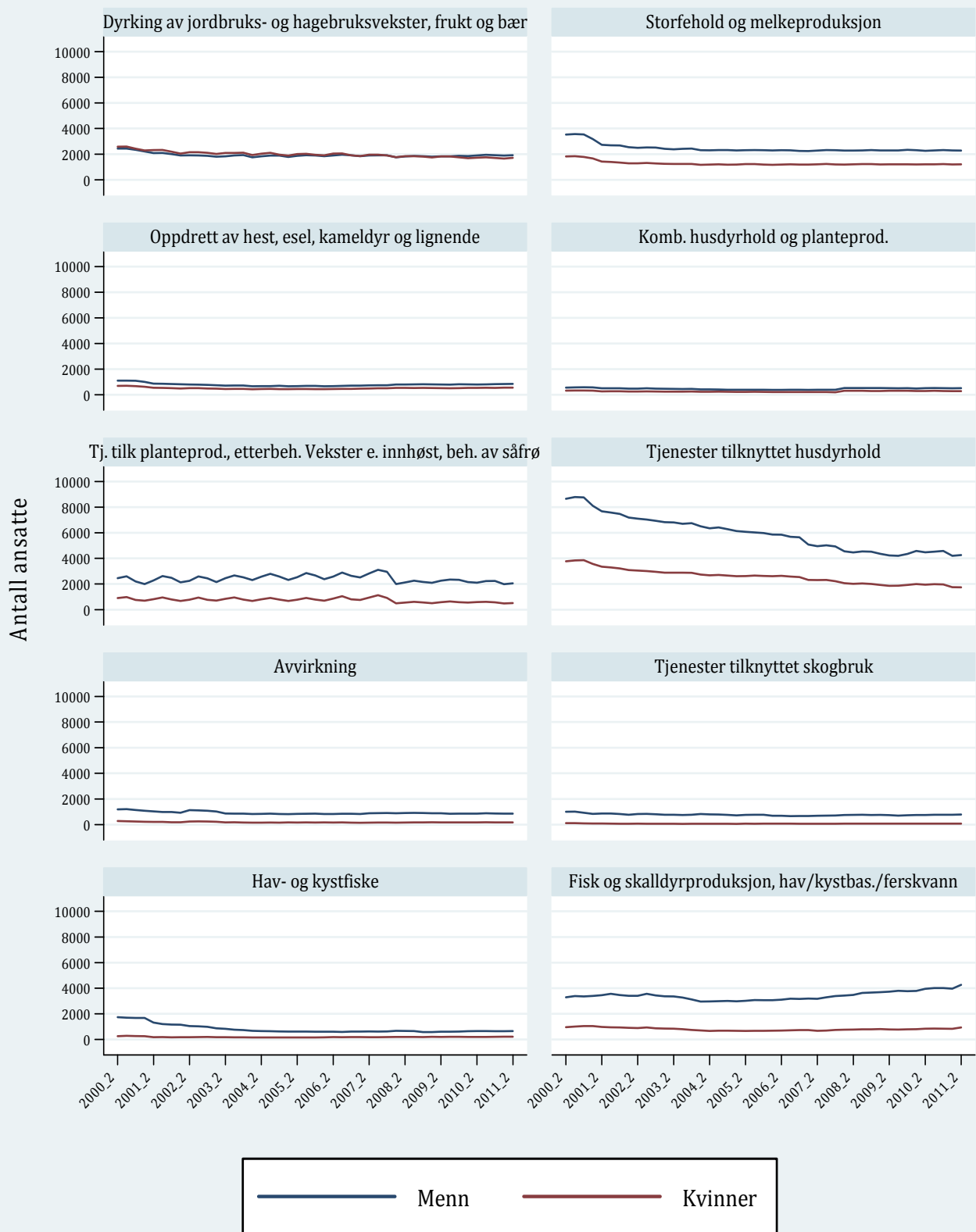


Fig 1: Antall ansatte i detaljerte næringer under Jordbruk, skogbruk og fiske

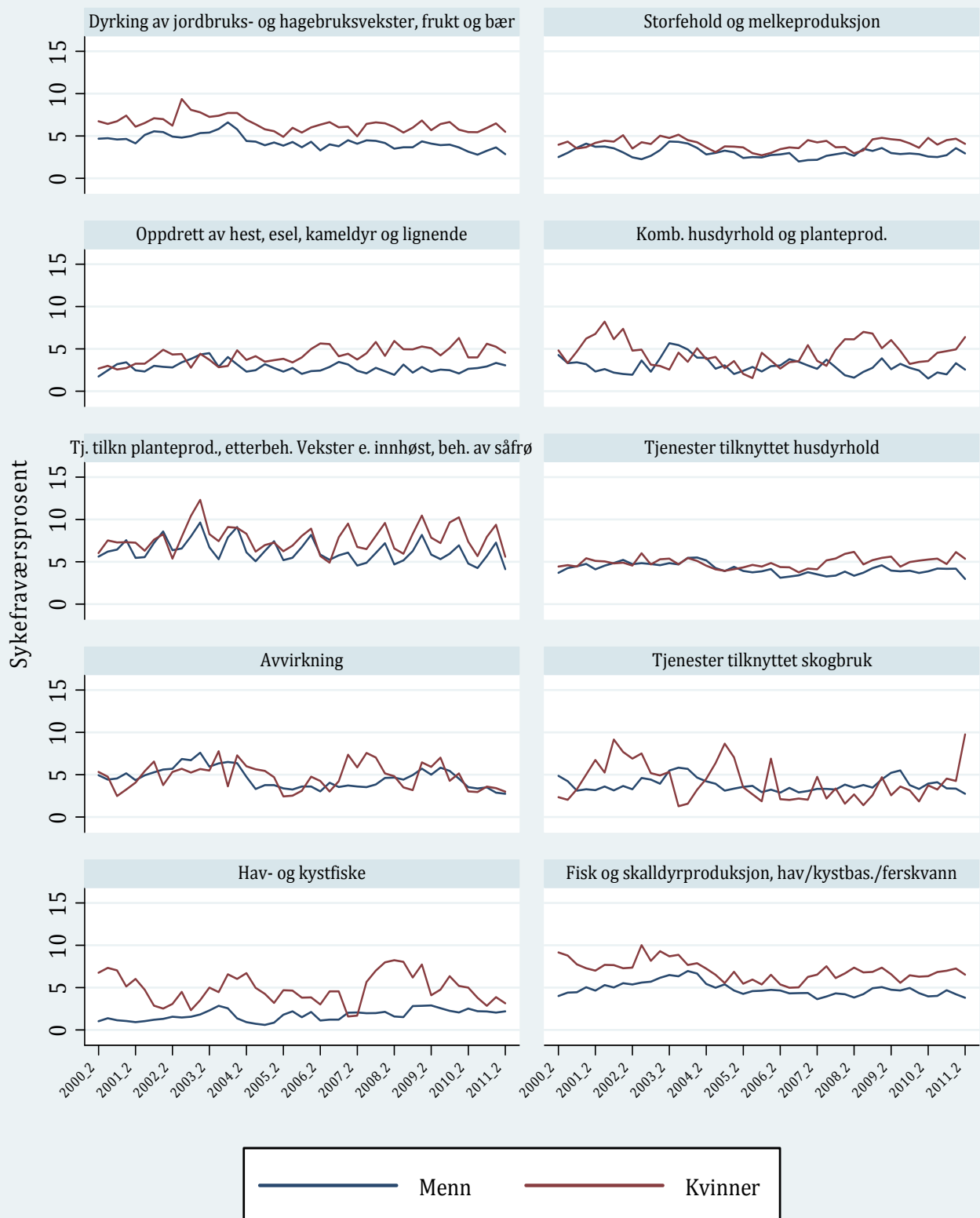


Fig 2: Sykefraværsprosent i detaljerte næringer under hovednæring Jordbruk, skogbruk og fiske



**Fig 3:** Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Jordbruk, skogbruk og fiske



## BERGVERKSDRIFT

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Utv. fra grus- og sandtak, leire mv.	2 008	87	59
Bryting stein til bygge- og anl.virks	385	93	11
Annen bryting og utvinning, bergverkstje	316	84	9
Bryting av kalkstein, gips og kritt	295	89	9
Utv. kjem. mineraler/gjødselsmin.	230	83	7
Bryting av skifer	147	93	4
Stikking av torv	21	81	1
Totalt	3 402	88	100

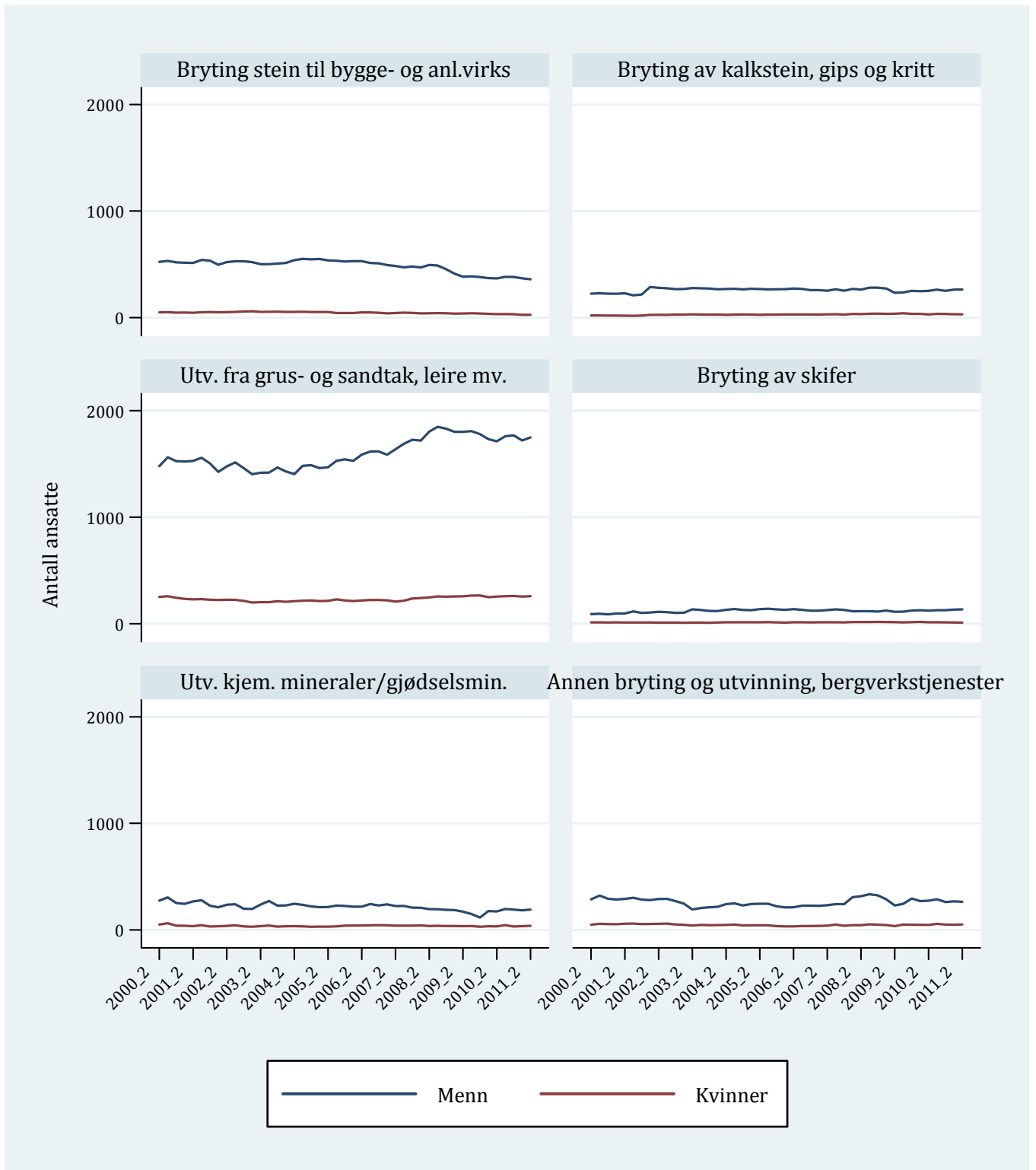


Fig 4: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Bergverksdrift

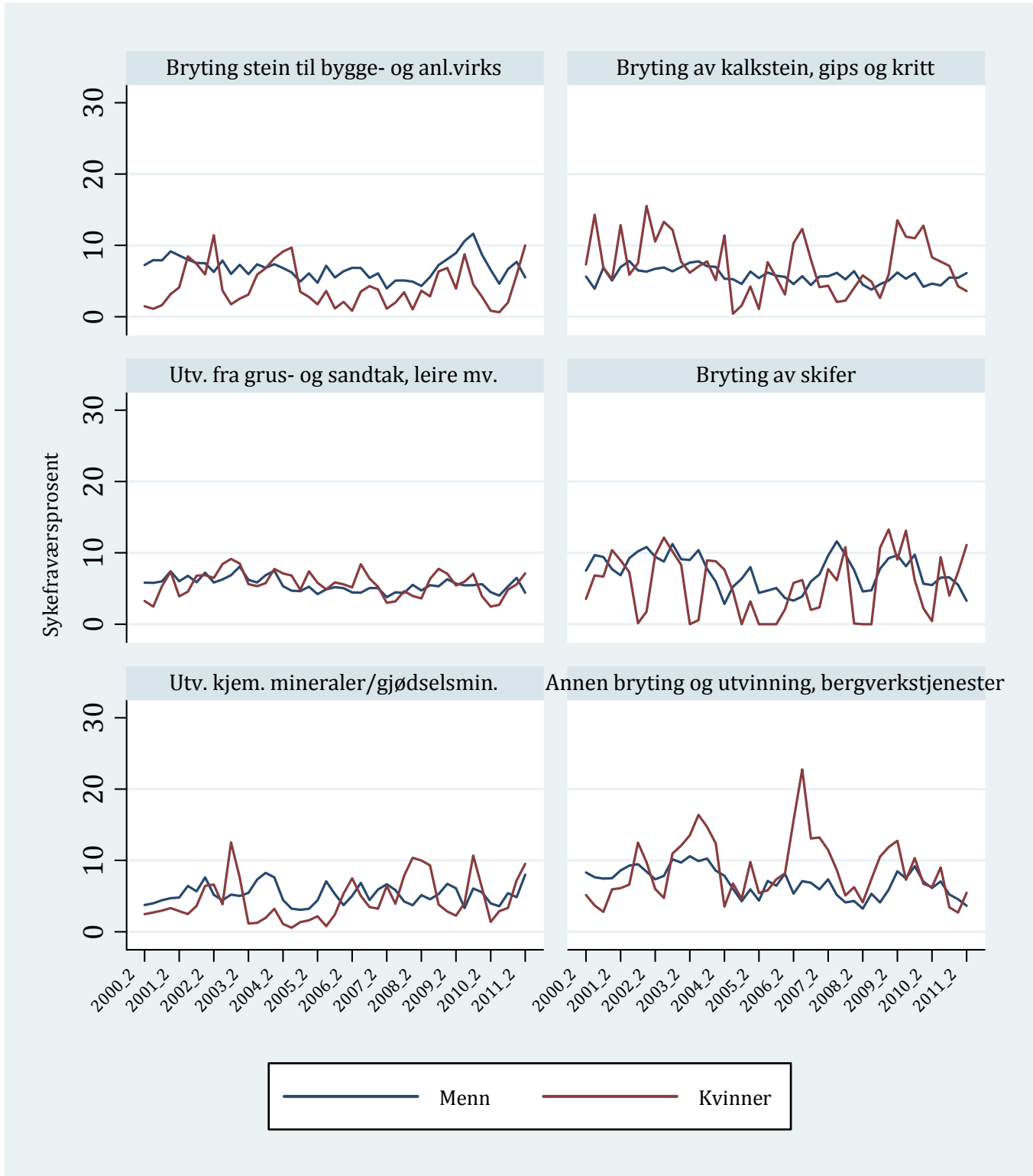


Fig 5: Sykefraværsprosent i detaljerte næringer under hovednæring Bergverksdrift

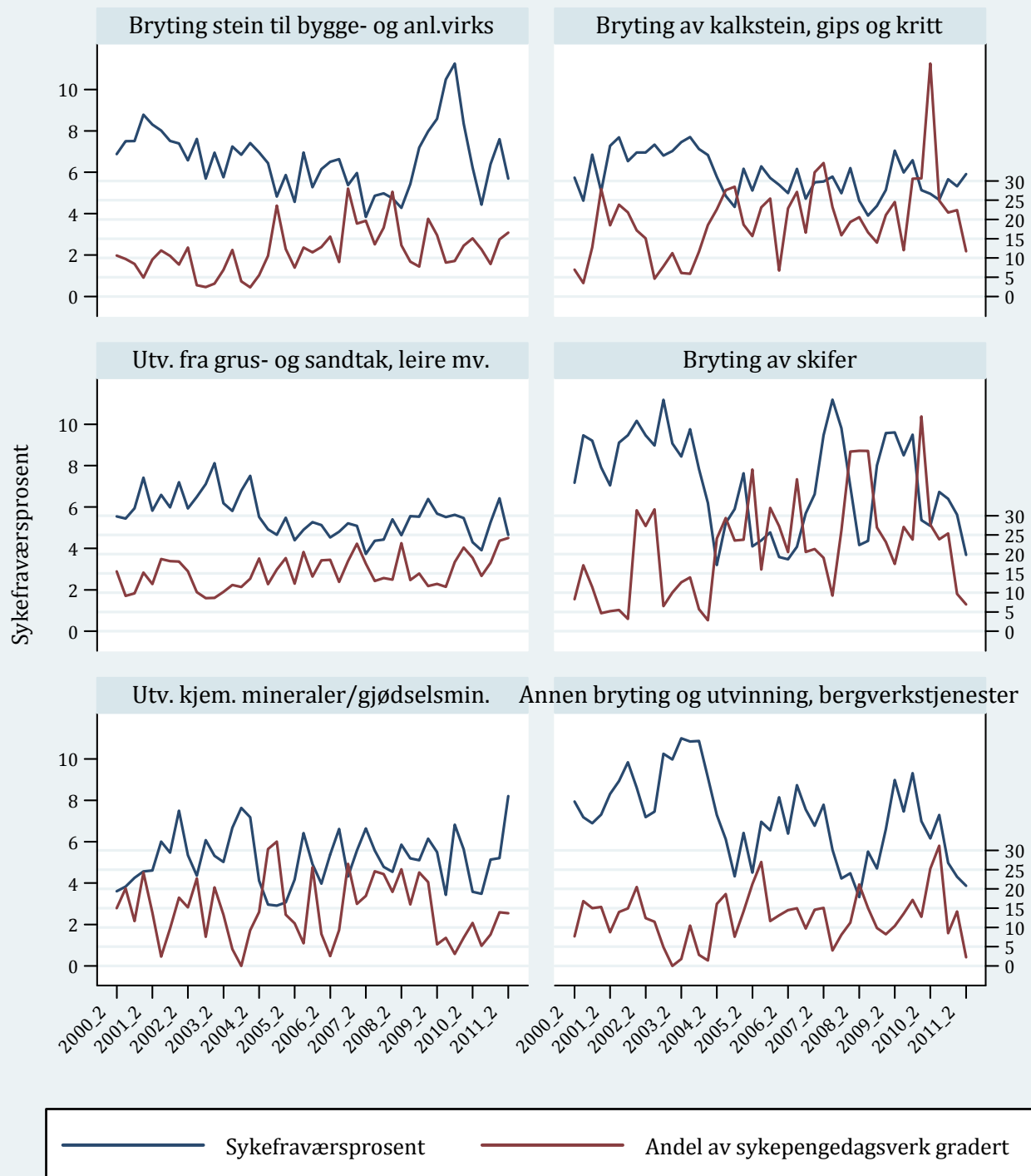
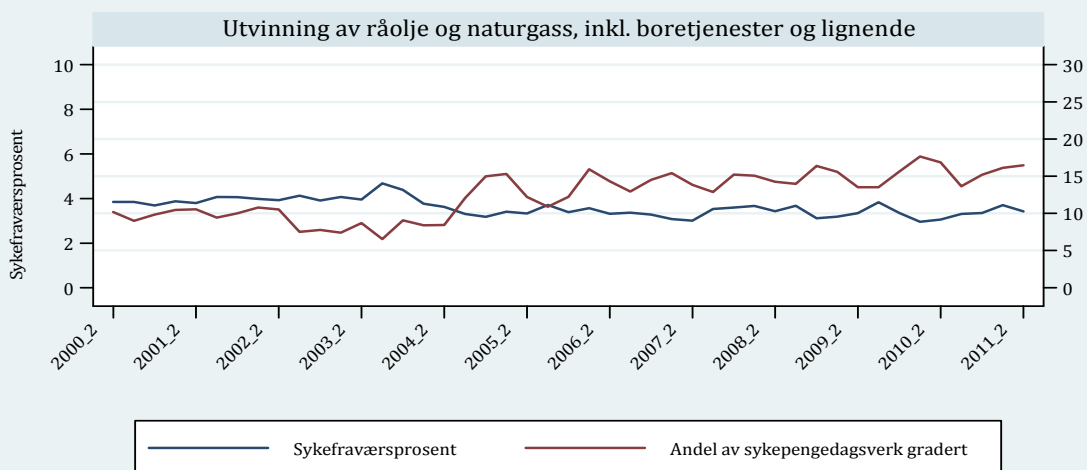
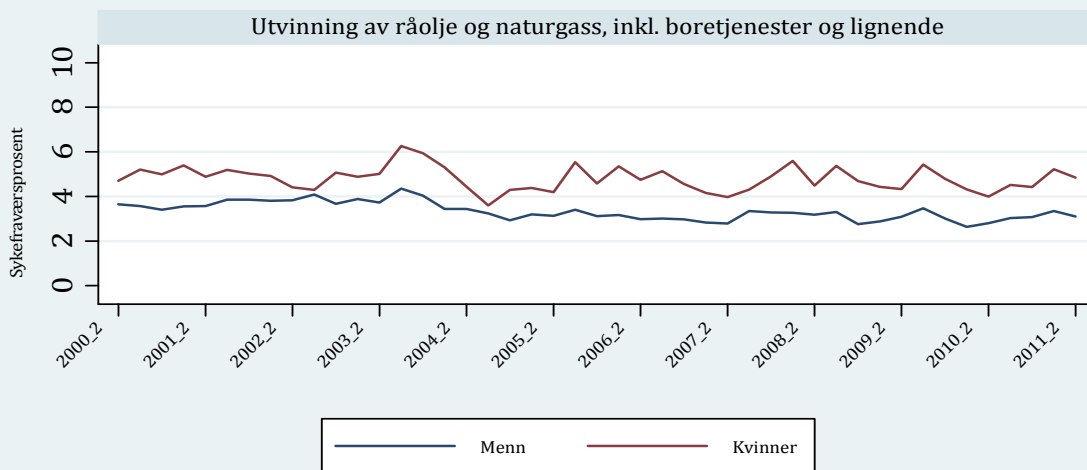
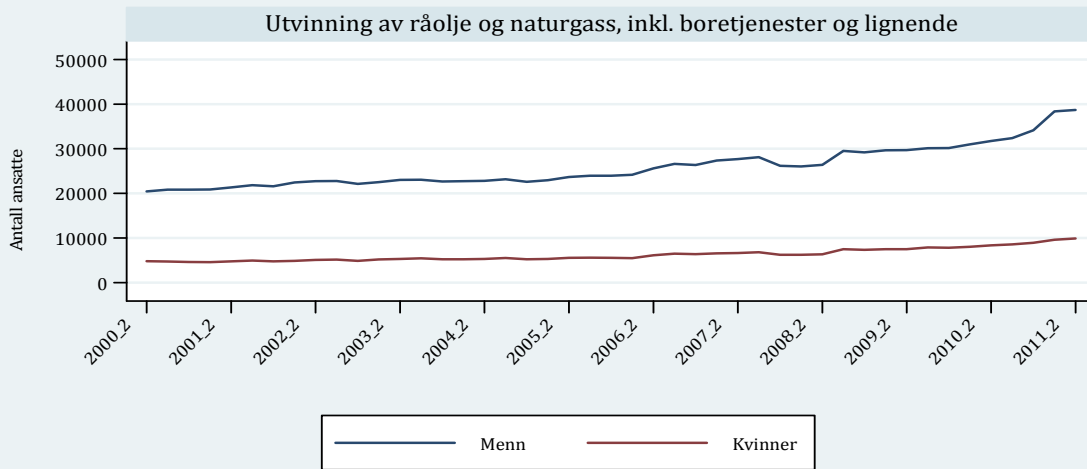


Fig 6: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Bergverksdrift



**Fig 7: Antall ansatte, sykefraværprosent og andel graderte sykepengedager i Utvinning av råolje og naturgass, inkl. boretjenester og lignende (kun en undernærings i tidsserie)**

## INDUSTRI

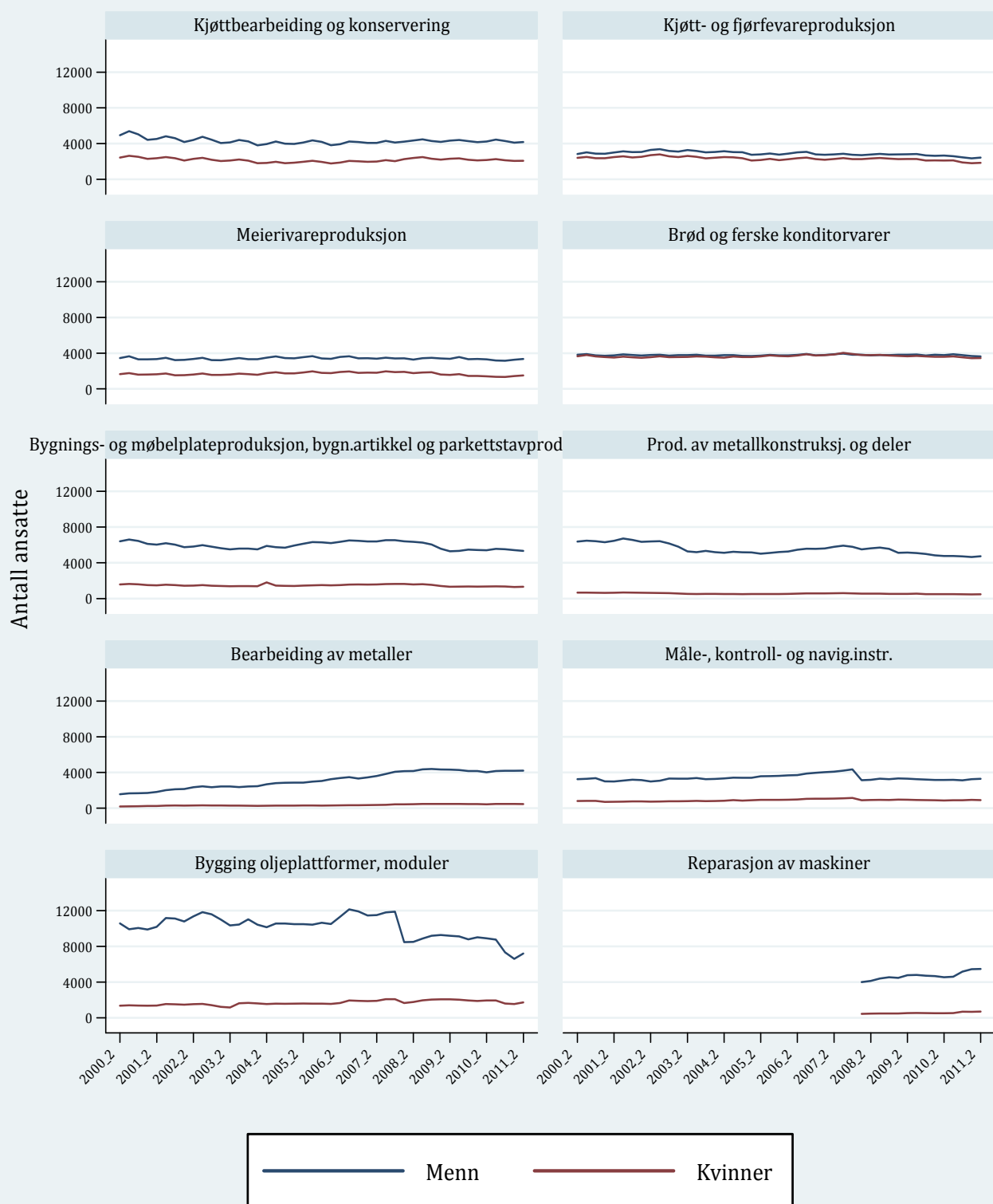
Pr 2. kvartal 2011	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Bygging oljeplattformer, moduler	8 919	81	3.7
Brød og ferske konditorvarer	7 084	51	2.9
Bygnings- og møbelplateproduksjon, bygn.	6 651	80	2.7
Kjøttbearbeiding og konservering	6 235	67	2.6
Reparasjon av maskiner	6 179	89	2.5
Prod. av metallkonstruksj. og deler	5 207	91	2.1
Meierivareproduksjon	4 862	69	2.0
Bearbeiding av metaller	4 670	90	1.9
Kjøtt- og fjørfevareproduksjon	4 257	57	1.8
Måle-, kontroll- og navig.instr.	4 191	78	1.7
Prod. av primæraluminium	3 957	83	1.6
Trykking ellers	3 935	71	1.6
Mask./utstyr bergverk, bygg og anl.	3 835	81	1.6
Uorganisk kjemikalieproduksjon el.	3 749	81	1.5
Møbelproduksjon el.	3 707	63	1.5
Rep./vedlikehold av skip og båter	3 597	88	1.5
Saging, høvling, impregnering mv. av tre	3 520	89	1.4
Install. m.m. på borerigger/moduler	3 494	89	1.4
Produksjon av papir, papp, sulfat- og su	3 397	87	1.4
Betongprodukter for bygg og anlegg	3 385	90	1.4
Bygg. av skip/skrog over 100 br.tonn	3 273	88	1.3
Metallvareprod. el.	3 139	83	1.3
Produksjon av belysningsutstyr, ledninge	2 836	78	1.2
Våpen- og ammunisjonsproduksjon	2 758	77	1.1
Frysing av fisk, fiskefileter mv.	2 738	61	1.1
Bearb. og konserv. av fisk/fiskev.	2 539	61	1.0
Industriproduksjon, medisinske og tannte	2 396	53	1.0
Annet utstyr-/delprod. til motorv.	2 333	81	1.0
Ølproduksjon	2 302	82	0.9
Prod. av ikke-met. mineralprod. el.	2 300	87	0.9
Farmasøytiske preparater	2 285	43	0.9
Produksjon av næringsmidler og ferdigmat	2 195	50	0.9
Installasjon industrimask. og utstyr	2 186	83	0.9
Elektriske tavler, paneler mv.	2 124	85	0.9
Ferdighusproduksjon	2 097	91	0.9
Løfteutstyr m.m. for skip og båter	2 082	84	0.9
Fôrvareproduksjon til husdyr	2 017	82	0.8
Install. m.m. på skip over 100 br.t.	1 968	90	0.8
Pumpe- og kompressorprod. el.	1 948	82	0.8
Mineralvann- og leskedrikkproduksjon	1 809	82	0.7
Overflatebehandling av metaller	1 704	88	0.7
Salt-, tørr- og klippfiskproduksjon	1 568	65	0.6
Maskiner og utstyr til gen. bruk el.	1 501	86	0.6

Bygningsartikkelprod. av metall	1 484	90	0.6
Prod. av kommunikasjonsutstyr	1 468	76	0.6
Skipsmotor-/motor- og turbinprod. el.	1 451	82	0.6
Jord- og skogbruksmaskinproduksjon	1 376	89	0.6
Løfte- og håndteringsutstyr el.	1 314	86	0.5
Prod. av halvfabrikater av plast	1 250	81	0.5
Prod. raffinerte petroleumsprodukt	1 240	75	0.5
Produksjon av kretskort	1 212	54	0.5
Prod. av halvfabrikater av aluminium	1 203	84	0.5
Rep./vedlikeh. av andre transportmidler	1 192	93	0.5
Rep./vedlikeh. luft- og romfartøyer	1 172	90	0.5
Produksjon maling, lakk mv.	1 149	76	0.5
Annen org. kjemisk råvareproduksjon	1 129	75	0.5
Trykking av aviser	1 126	84	0.5
Kjøle- og ventilasjonsanleggprod.	1 123	83	0.5
Prod. av ferrolegeringer og halvfabrikat	1 115	87	0.5
Spesialmaskinproduksjon el.	1 094	83	0.5
Plastemballasjeproduksjon	1 075	80	0.4
Produksjon elektrisk utstyr ellers	1 053	73	0.4
Kakao-, sjokolade- og sukkervareprod.	1 051	48	0.4
Ferdigblandet betong	1 040	90	0.4
Bølgepapp, papir- og pappemballasje	986	80	0.4
Prod. av plastprodukter el.	935	76	0.4
Gjødselproduksjon mv.	930	77	0.4
Iskremproduksjon	915	68	0.4
Kjøkkenmøbelproduksjon	899	74	0.4
Elektr. hush.maskin-/apparatprod.	894	69	0.4
Bygg. av skip under 100 br.tonn	882	84	0.4
Ferdiggjøring før trykking og publ.	872	68	0.4
Komp. til hydraul./pneumatisk utstyr	858	83	0.4
Rep. av bearbeidede metallprodukter	832	93	0.3
Elektromotor-, generatorprod. mv.	831	79	0.3
Annen kjemisk produksjon	819	61	0.3
Såpe- og vaskemiddelprod. mv.	799	65	0.3
Støping av jern	798	91	0.3
Byggevareprod. av plast	777	81	0.3
Låse- og beslagproduksjon	776	74	0.3
Kontor-, sittemøbel- og butikkmøbelprodu	773	73	0.3
Tauverk- og nettproduksjon	764	65	0.3
Basisplastproduksjon	737	83	0.3
Karosseri- og tilhengerproduksjon	722	88	0.3
Kornvareproduksjon	710	69	0.3
Frukt- og grønnsakbearbeiding el.	690	62	0.3
Planglassbearbeiding	689	84	0.3
Jern- og stålproduksjon	683	90	0.3

Bygging av fritidsbåter	679	88	0.3
Annen tekstilvareprod., unnt. klær	675	63	0.3
Hogg./bearb. av monum./byggn.stein	662	83	0.3
Prod. av elektroniske komponenter	656	73	0.3
Potetbearbeiding	615	57	0.3
Glassfiberproduksjon	608	75	0.3
Mask./utstyr næringsmiddelindustri	562	88	0.2
Metalltrådvareproduksjon	555	91	0.2
Farmasøytiske råvarer	530	64	0.2
Gull- og sølvvareprod. mv.	515	47	0.2
Rep. av elektrisk utstyr	507	87	0.2
Industrigassproduksjon	484	74	0.2
Produksjon av gummiprodukter el.	465	82	0.2
Sementproduksjon	429	80	0.2
Sportsartikkelproduksjon	426	67	0.2
Fjørfekjøttbearb. og konservering	406	47	0.2
Annen yttertøyproduksjon	403	12	0.2
Produksjon av klær og tilbehør el.	402	34	0.2
Annen rør- og rørdelprod. av stål	399	85	0.2
Andre tre-, kork-, stråvarer mv.	388	68	0.2
Ikke-el. hush.mask./apparatprod.	376	80	0.2
Kavring- og kjeksprod. mv.	366	57	0.2
Madrassproduksjon	361	54	0.1
Kran- og ventilproduksjon el.	356	76	0.1
Prod. av rå fiskeoljer og fett	351	66	0.1
Lager-, girproduksjon mv.	332	86	0.1
Treemballasjeproduksjon og trevareprodukt	324	91	0.1
Prod. av metallbeholdere	310	91	0.1
Papir- og pappvareproduksjon el.	300	73	0.1
Te- og kaffebearbeiding	285	65	0.1
Utstyrsvareproduksjon	284	32	0.1
Prod. av maskinverktøy el.	277	88	0.1
Støping av stål	258	89	0.1
Diettmat og homogeniserte matprod.	237	59	0.1
Bokbinding og tilkn. tjenester	228	64	0.1
Emb. og hush.art. av glass/krystall	221	52	0.1
Bearb./spinning av tekstilfibrer	217	33	0.1
Annen flytende materiellproduksjon	216	75	0.1
Stansing/valsing/pulvermetallurgi	210	85	0.1
Veving av tekstiler	204	51	0.1
Rep. av annet utstyr	196	82	0.1
Prod. datamaskiner og tilleggsutstyr	195	59	0.1
Prod. av klær av trikotasje el.	190	27	0.1
Keramiske husholdningsartikler mv.	173	37	0.1
Sykkel- og invalidevognprod.	168	70	0.1



Prod. av kontorartikler av papir	163	59	0.1
Annen ikke-jernholdig metallstøp.	162	87	0.1
Industri- og laboratorieovnprod.	162	81	0.1
Undertøy- og innertøyproduksjon	149	26	0.1
Margarinproduksjon m.m.	147	67	0.1
Bolte- og skrueproduksjon	146	84	0.1
Frukt- og grønnsakjuiceproduksjon	144	60	0.1
Smakstilsetningsstoffer og krydder	143	51	0.1
Fiberproduksjon mv., tekstiler til tekn.	132	67	0.1
Arbeidstøyproduksjon	131	35	0.1
Gummidekkprod., -regumm. og -vulk	131	92	0.1
Etterbehandling av tekstiler	130	54	0.1
Motorvognproduksjon	130	92	0.1
Mask./utstyr papir- og pappvareindustri	127	87	0.1
Håndverktøyproduksjon	120	81	0.0
Planglassproduksjon	119	92	0.0
Støping av lettmetaller	109	90	0.0
Rep. av elektronisk og optisk utstyr	109	68	0.0
Parfyme og toalettartikler	99	40	0.0
Fiskehermetikkproduksjon	96	49	0.0
Kjøkkenredskapsproduksjon	91	66	0.0
Kost- og børsteproduksjon	83	49	0.0
Prod. av behold. mv. av jern/stål	79	87	0.0
Fôrvareproduksjon til kjæledyr	71	55	0.0
Annen betong-, sement- og gipsprod.	67	84	0.0
Optiske instr./fotografisk utstyr	65	86	0.0
Lærberedning	59	64	0.0
Tekstilproduksjon el.	56	43	0.0
Produksjon av skotøy	55	47	0.0
Mørtelproduksjon	53	91	0.0
Kalk- og gipsproduksjon	47	94	0.0
Prod. av ildfaste produkter	38	95	0.0
Gulvteppe-, matte- og ryeproduksjon	31	48	0.0
Transportmiddelproduksjon el.	27	89	0.0
Musikkinstrumentproduksjon	23	78	0.0
Reproduksjon av innspilte opptak og prod	22	64	0.0
Tekn. glass- og annen glassvareprod.	19	89	0.0
Reiseeffekter og salmakerartikler	18	61	0.0
Produksjon av pelsvarer	17	18	0.0
Spill- og leketøyproduksjon	17	71	0.0
Raffinert olje- og fettproduksjon	15	67	0.0
Bijouterivareproduksjon mv.	14	14	0.0
Elektrisk/elektron. utstyr motorv.	13	92	0.0
Annet	30 648	86	13
Totalt industri*	243 095	78	100



**Fig 8: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Industri. Næringer med mer enn 4000 ansatte 2. kvartal 2011**

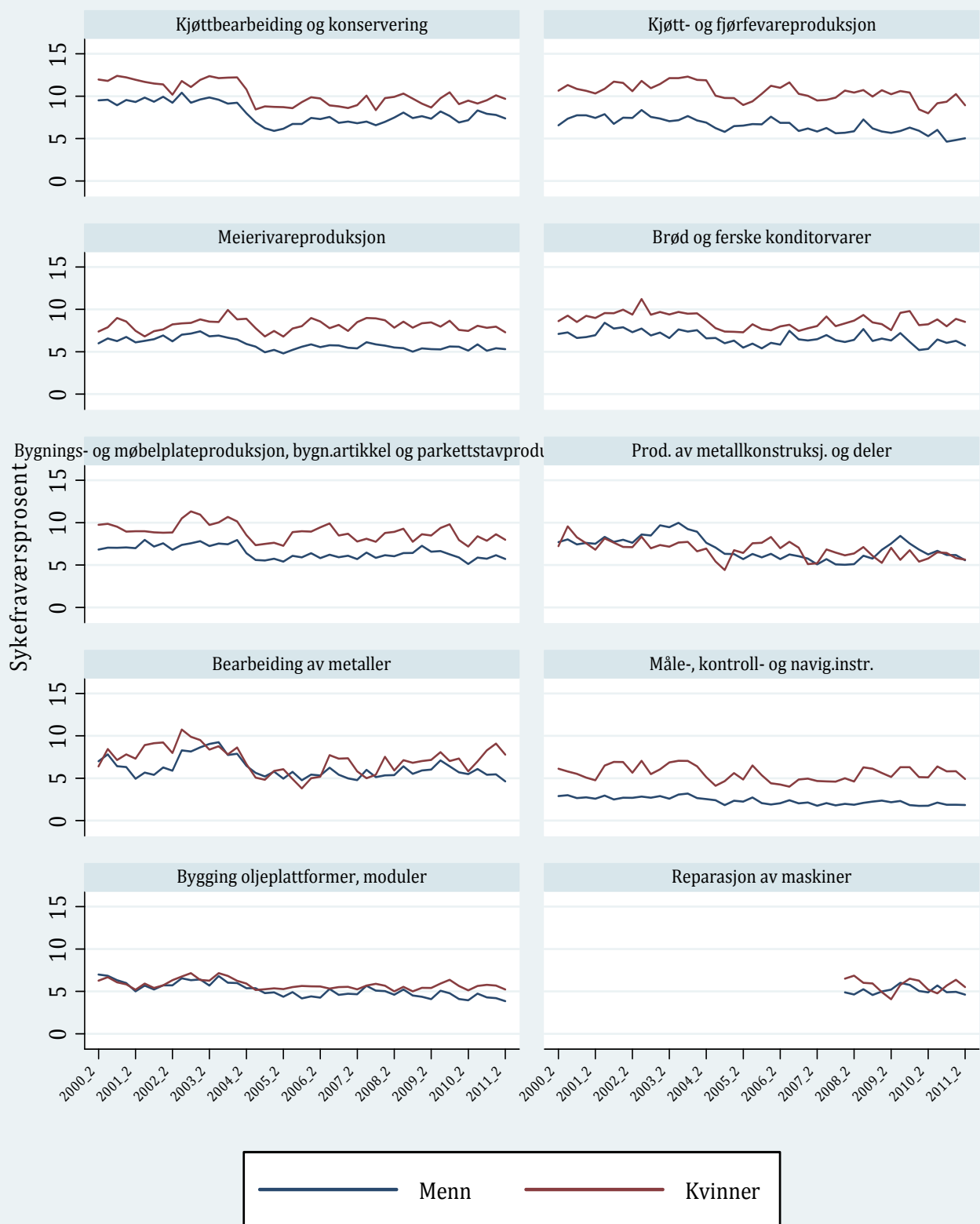
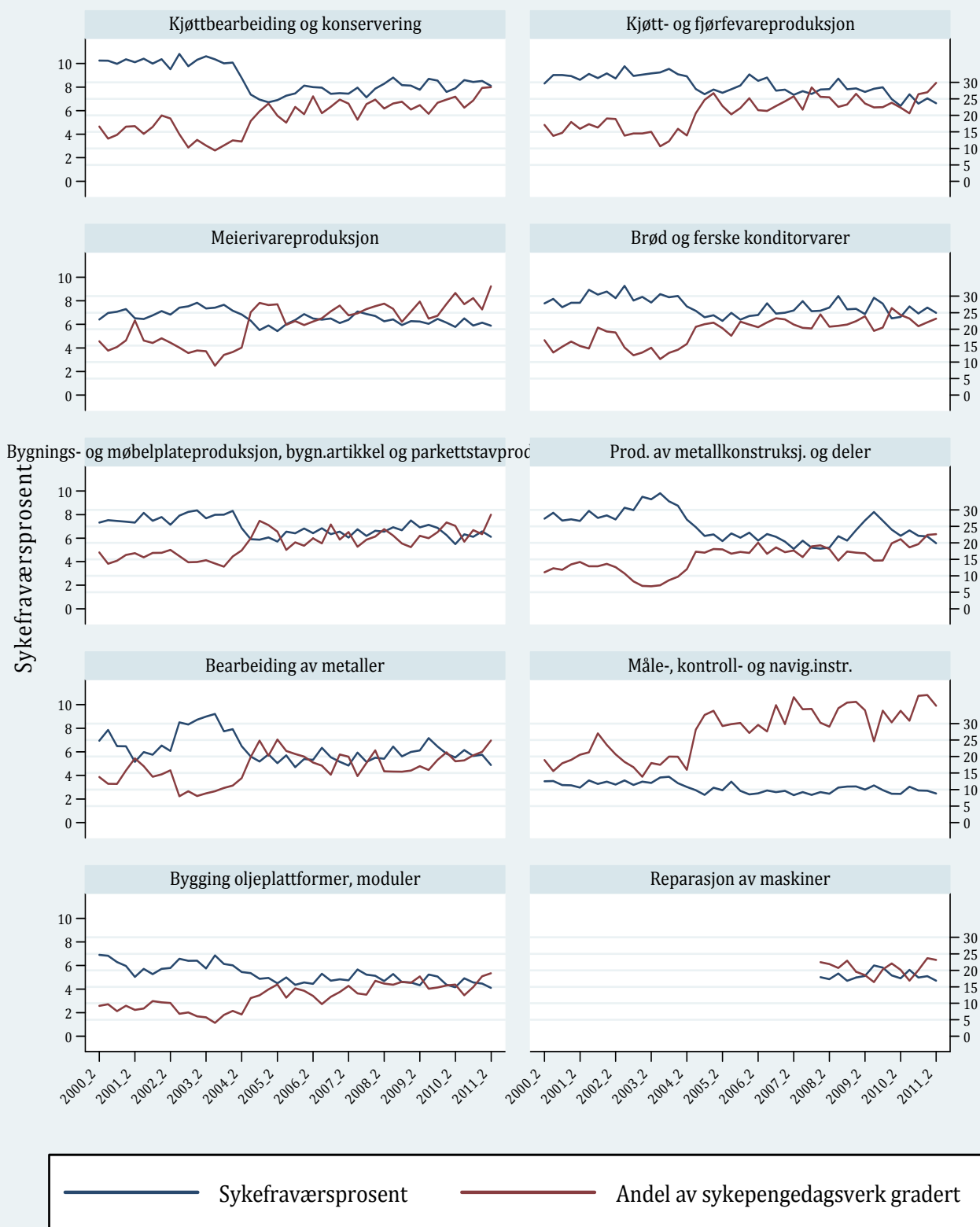


Fig 9: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Industri. Næringer med mer enn 4000 ansatte 2. kvartal 2011



**Fig 10: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Industri. Næringer med mer enn 4000 ansatte 2. kvartal 2011**

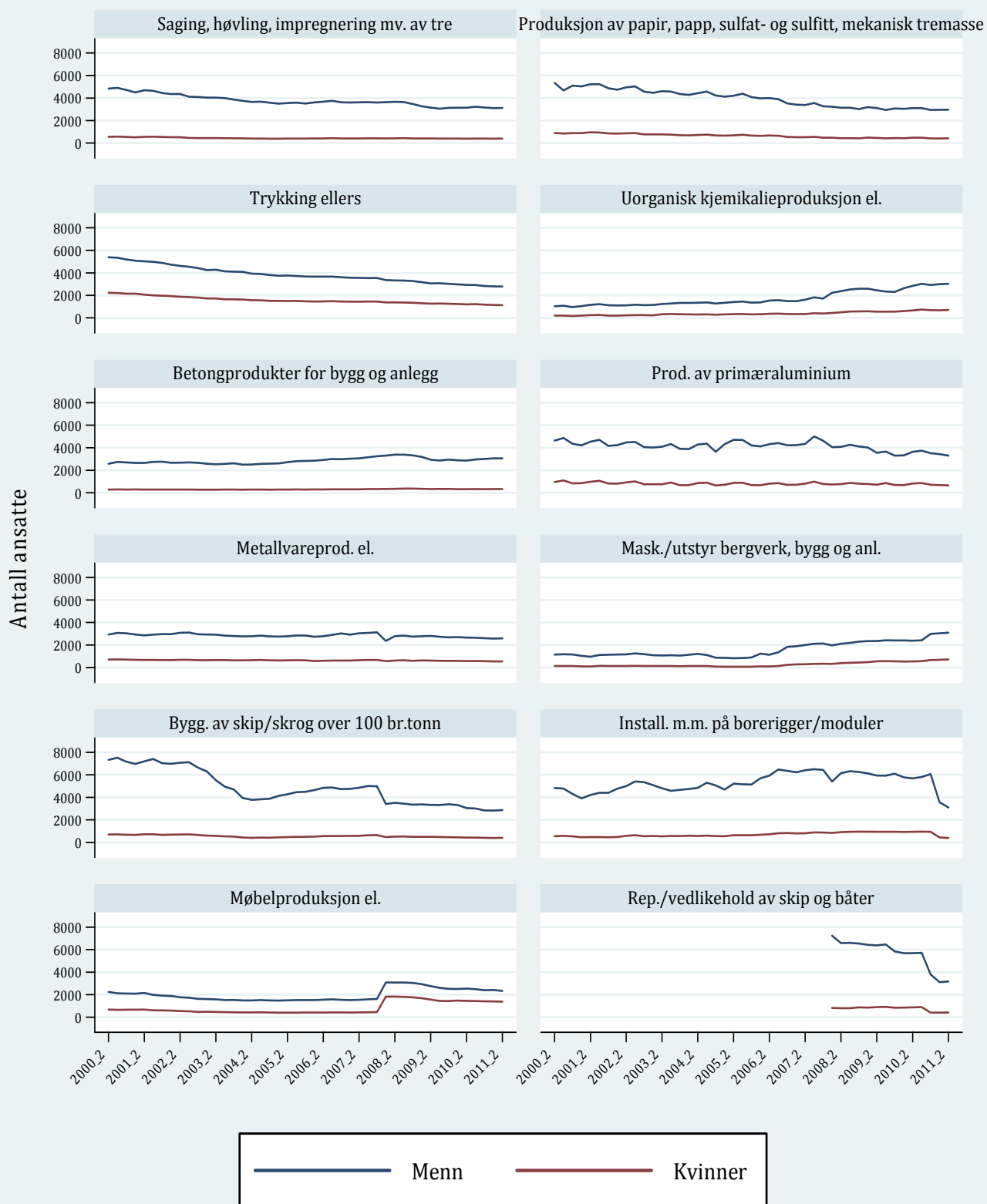
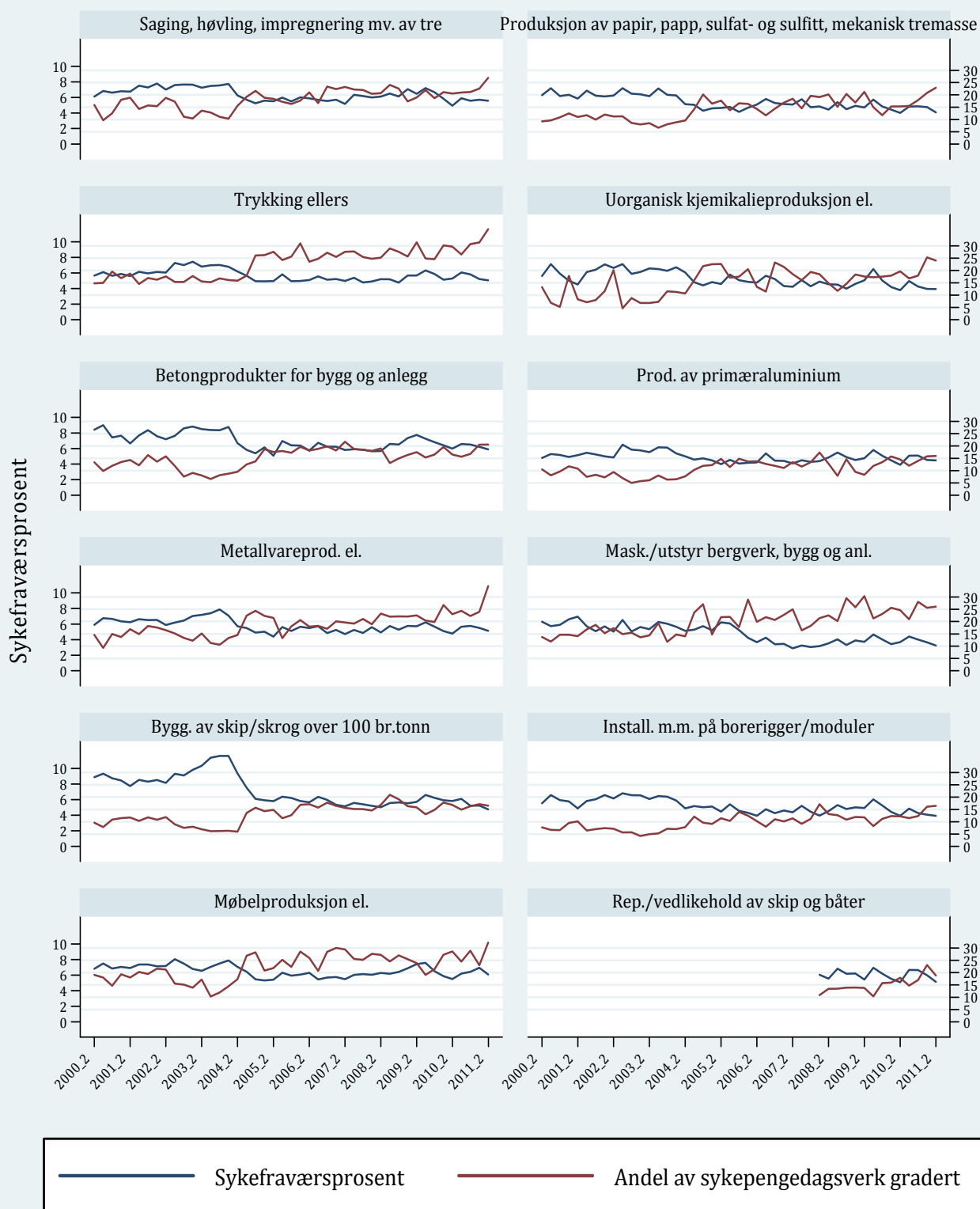


Fig 11: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Industri. Næringer med mellom 300 og 4000 ansatte 2. kvartal 2011



Fig 12: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Industri. Næringer med mellom 3 300 og 4000 ansatte 2. kvartal 2011



**Fig 13: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Industri. Næringer med mellom 3 300 og 4000 ansatte 2. kvartal 2011**



Fig 14: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Industri. Næringer med mellom 2 300 og 3300 ansatte 2. kvartal 2011



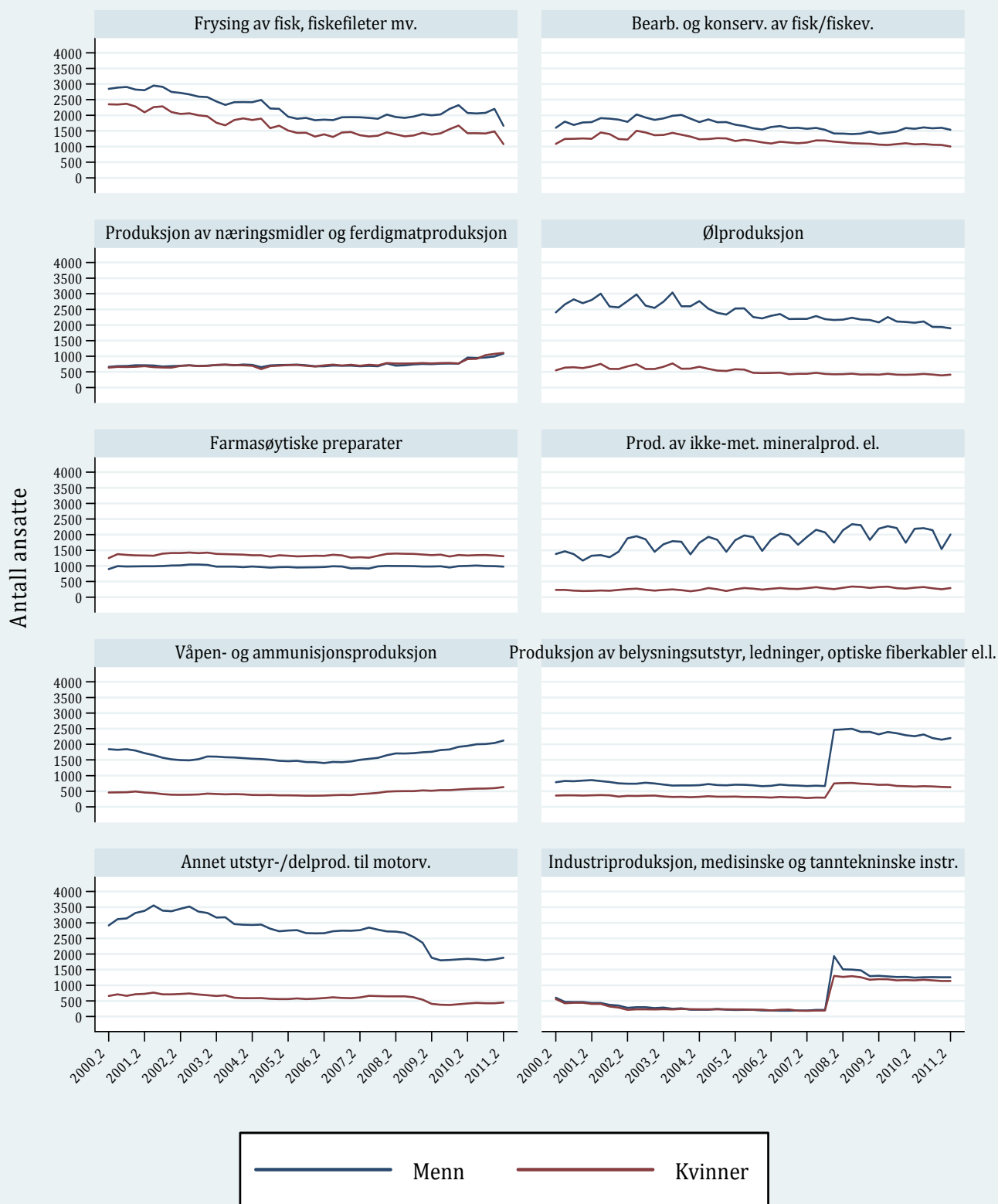
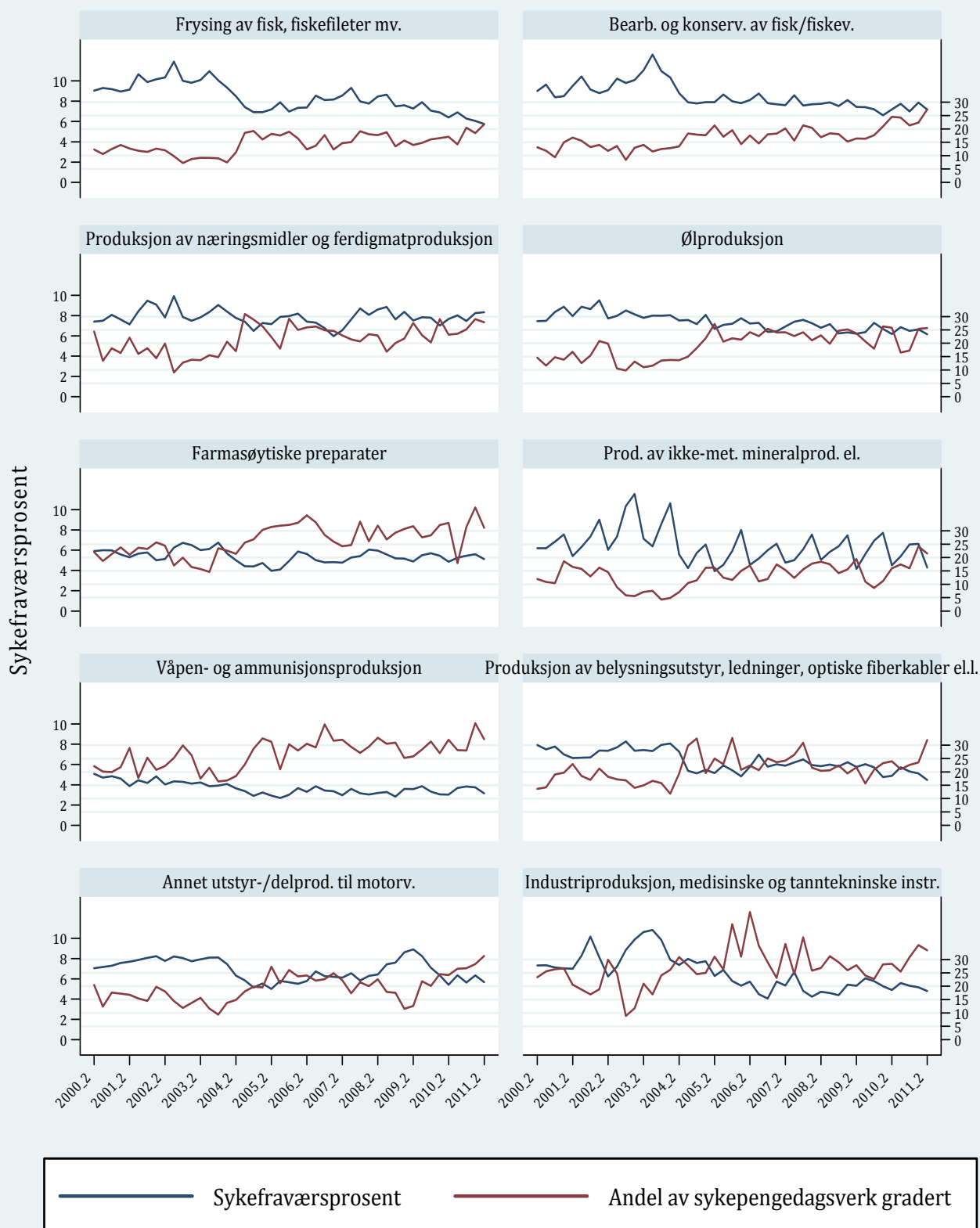


Fig 15: Sykefraværspersent i detaljerte næringer under hovednæring Industri. Næringer med mellom 2 300 og 3300 ansatte 2. kvartal 2011



**Fig 16: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Industri. Næringer med mellom 2 300 og 3300 ansatte 2. kvartal 2011**

## ELEKTRISITET-, VANN OG RENOVASJON

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Elektrisitetsprod. fra vannkraft	6 923	74	25
Distribusjon av elektrisitet	5 242	82	19
Innsaml. av ikke-farlig avfall	5 083	83	18
Håndtering av avløpsvann	2 313	87	8
Vannforsyning	1 970	80	7
Sort./bearb. avfall for matr.gjenv.	1 903	85	7
Handel med elektrisitet	1 351	56	5
Behandl. og disp. av ikke-farlig avfall	1 106	81	4
Overføring av elektrisitet	882	76	3
Damp- og varmtvannsforsyning	430	86	2
Innsamling av farlig avfall	366	86	1
Behandl. og disp. av farlig avfall	350	81	1
Miljørydding og miljørensing	74	72	0
Elektrisitetsprod. ellers	73	79	0
Elektrisitetsprod. fra vindkraft	53	85	0
Gassdistrib. via ledningsnett	34	85	0
Demont. av vrakede gjenstander	28	86	0
El. fra biobr./avfall/deponigass	19	89	0
Totalt	28 200	79	100

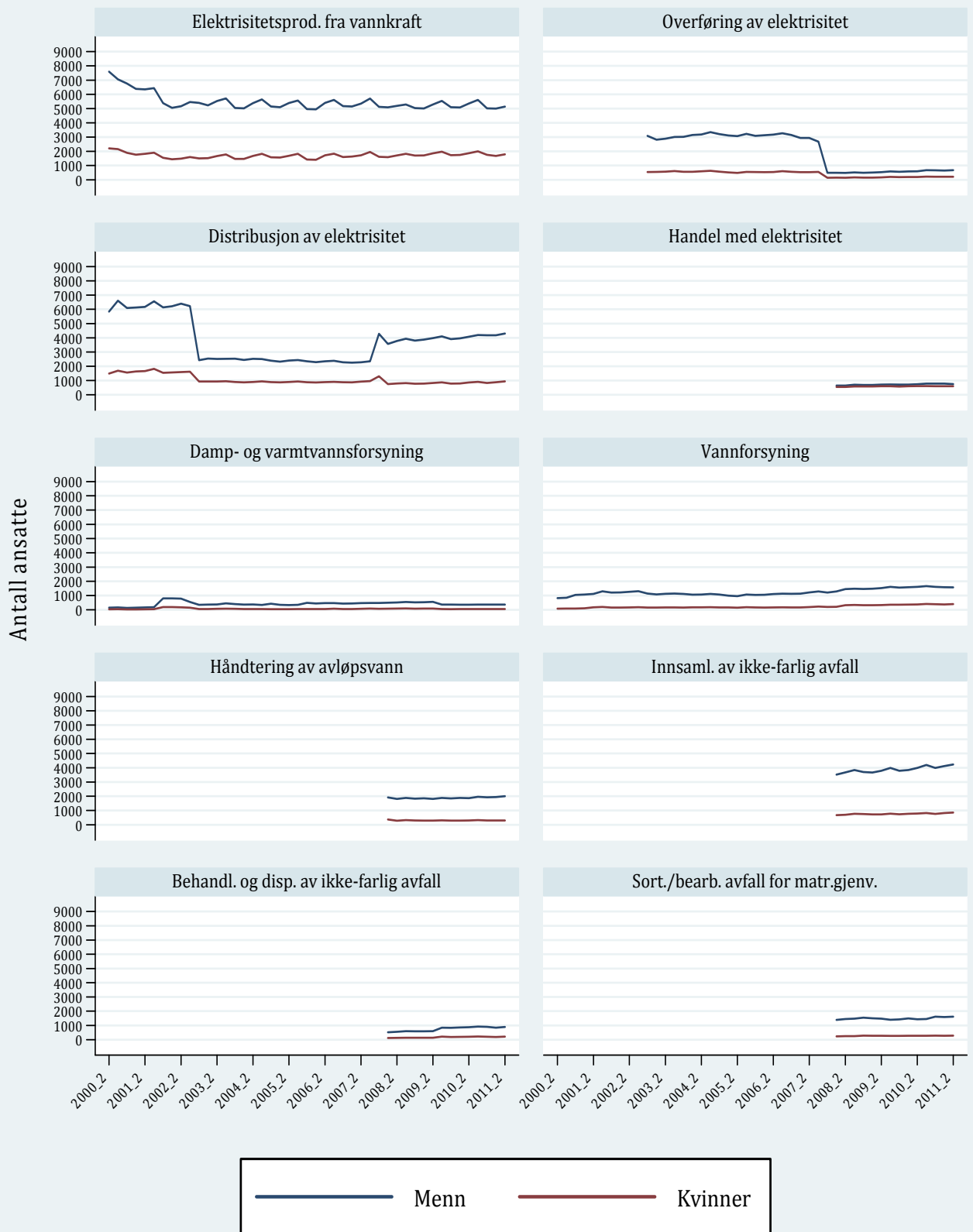


Fig 17: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednærings Elektrisitet-, vann og renovasjon.



Fig 18: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Elektrisitet-, vann og renovasjon.

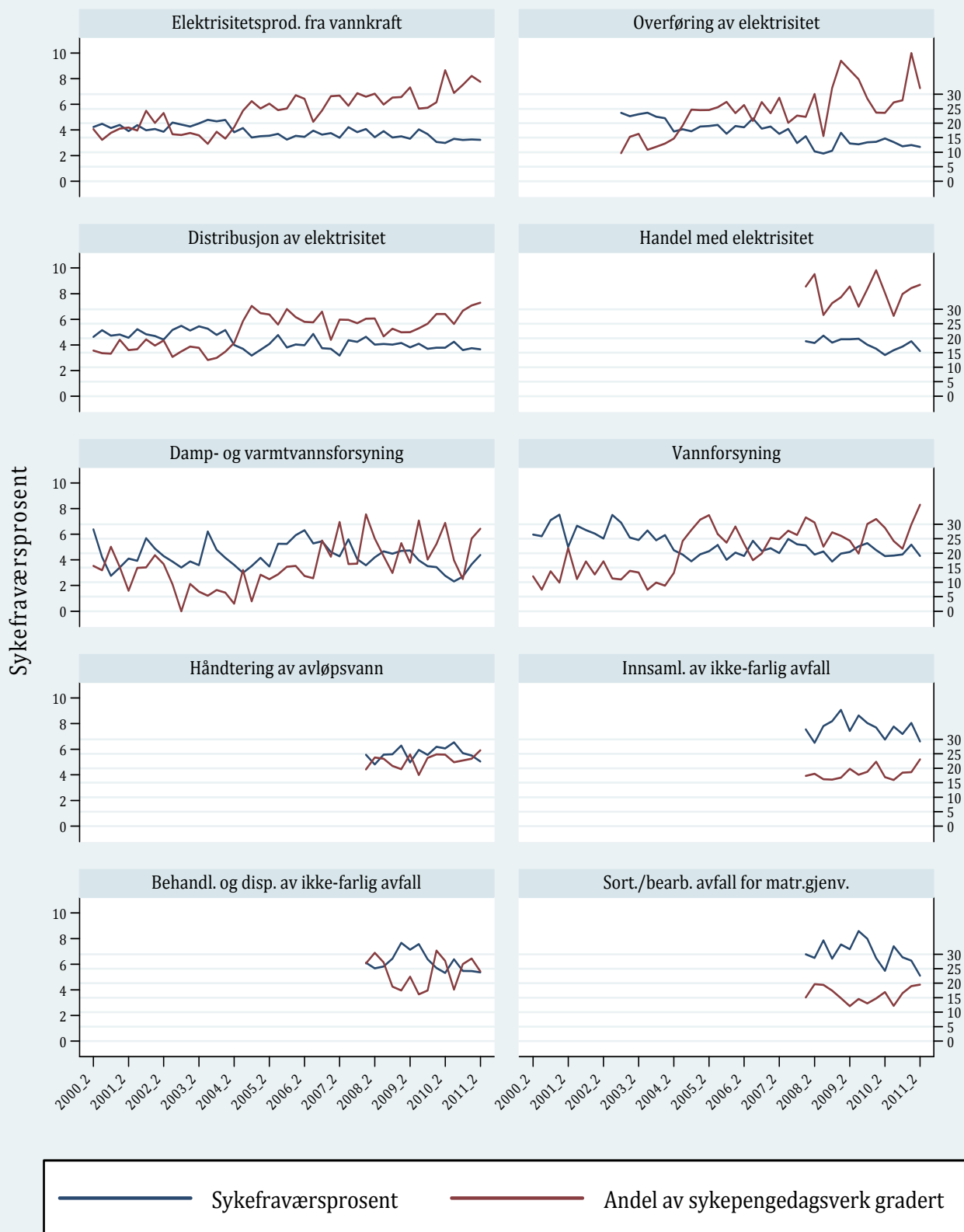


Fig 19: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Elektrisitet-, vann og renovasjon

## BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Oppføring av bygninger og andre konstruksjoner	51 881	92	30
Elektrisk installasjonsarbeid	29 896	92	18
VVS-arbeid	17 888	89	11
Grunnarbeid	16 048	92	9
Annen spes. bygge- og anleggsvirks.	12 240	92	7
Bygging av veier og motorveier	10 807	87	6
Malerarbeid	5 307	89	3
Snekkerarbeid og isolasjonsarbeid	3 503	92	2
Bygg. av jernbaner/undergrunnsbaner	2 902	89	2
Utvikl./salg av egen fast eiendom	2 480	74	1
Bygg. av el.anl. og telekomm.anl.	2 340	93	1
Blikkenslagerarbeid	2 316	92	1
Bygging av vann- og kloakkanl.	1 788	91	1
Boligbyggelag	1 732	43	1
Bygging av andre anlegg	1 682	89	1
Takarbeid ellers	1 398	94	1
Gulvlegging og tapetsering	1 293	88	1
Bygging av bruer og tunneler	1 290	94	1
Glassarbeid	1 061	86	1
Annet installasjonsarbeid	907	90	1
Riv. av bygn./andre konstruksjoner	742	94	0
Annen ferdiggjøring av bygg, samt uleie	587	89	0
Bygging av havne- og damanlegg	172	94	0
Stukkaturarbeid og pussing	0	0	0
Totalt	170 260	90	100

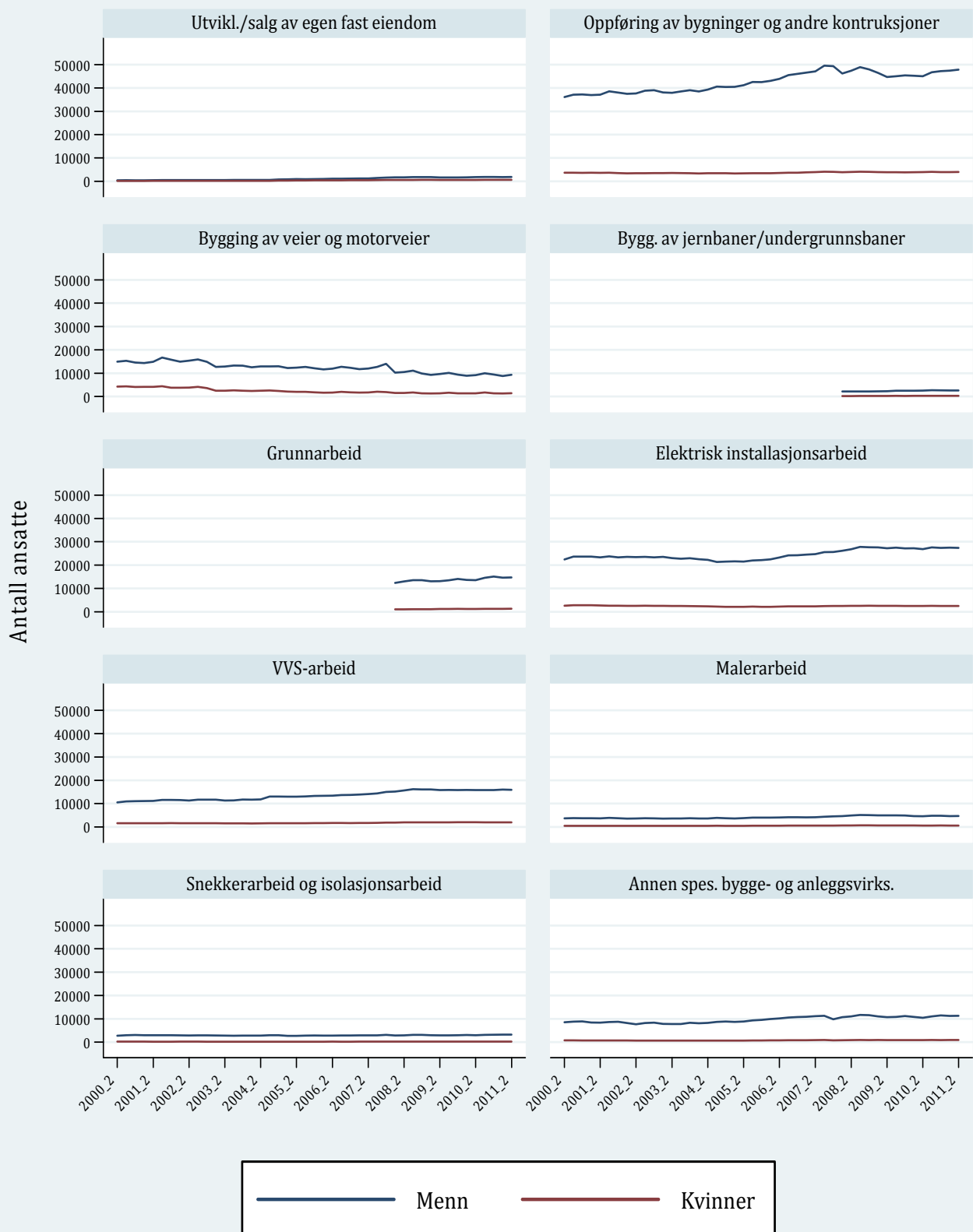
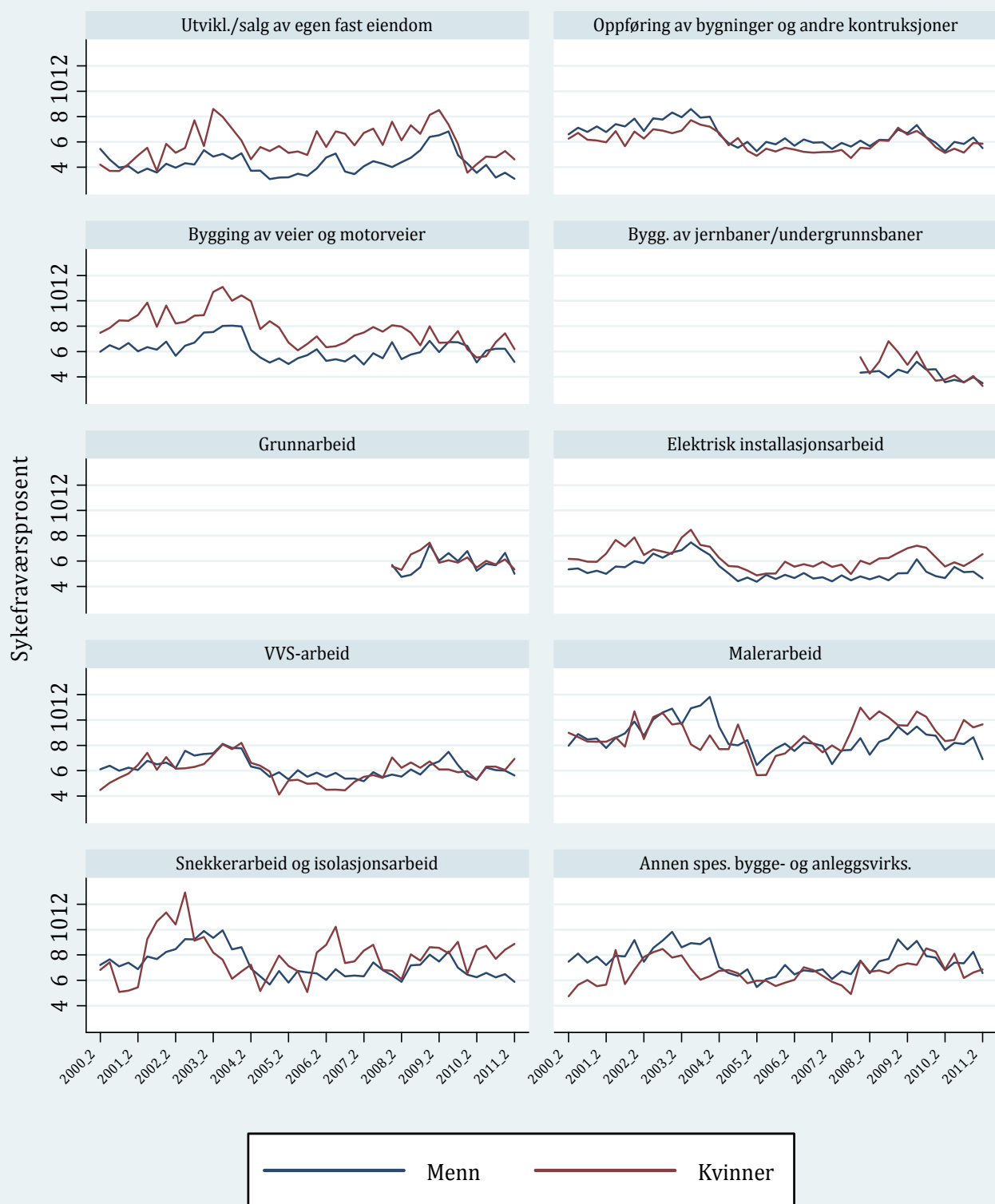
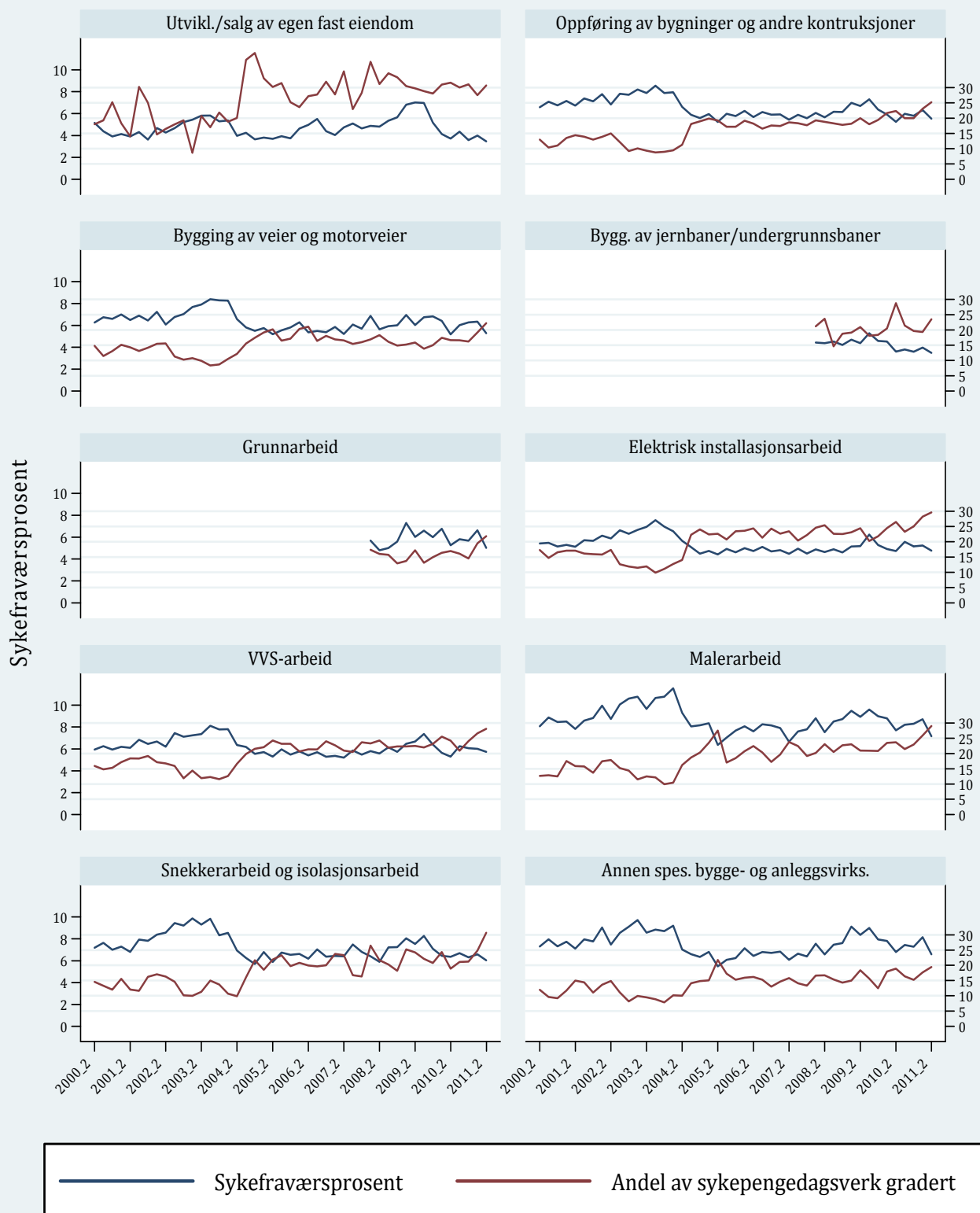


Fig 20: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Bygge- og anleggsvirksomhet. Næringer med mer enn 2400 ansatte 2. kvartal 2011





**Fig 21: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Bygge- og anleggsvirksomhet. Næringer med mer enn 2400 ansatte 2. kvartal 2011**



**Fig 22: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Bygge- og anleggsvirksomhet. Næringer med mer enn 2400 ansatte 2. kvartal 2011**

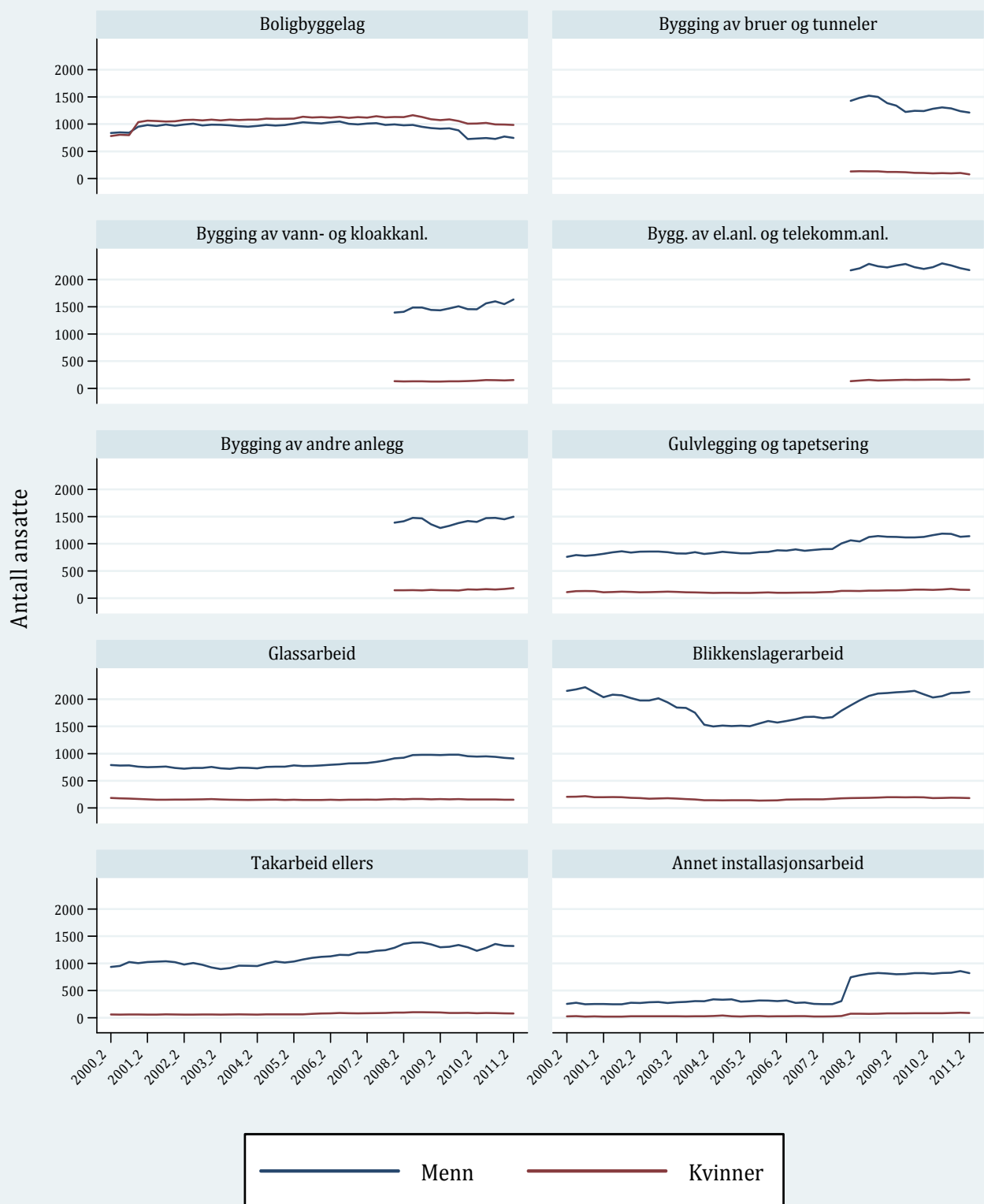
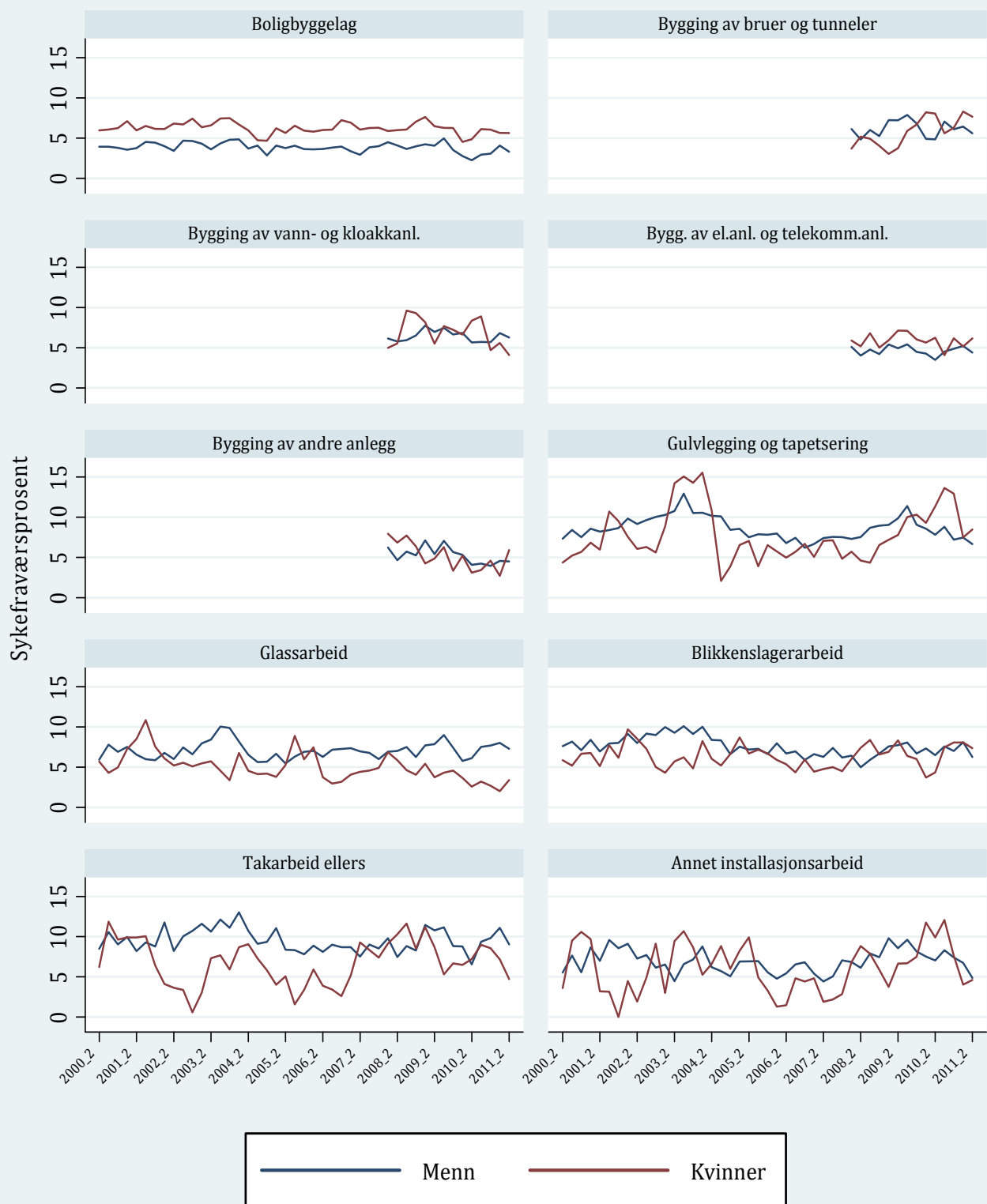


Fig 23: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Bygge- og anleggsvirksomhet. Næringer med mellom 900 og 2400 ansatte 2. kvartal 2011



**Fig 24: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Bygge- og anleggsvirksomhet. Næringer med mellom 900 og 2400ansatte 2. kvartal 2011**



Fig 25: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Bygge- og anleggsvirksomhet. Næringer med mellom 900 og 2400 ansatte 2. kvartal 2011

## VAREHANDEL, REPARASJON AV MOTORVOGNER

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Butikkh .og kioskhandel bredt utvalg nær	64 726	35	19
Butikkh. klær	25 777	12	7
Rep. av motorvogner/unnt. motorsyk.	20 438	91	6
Detalj. drivstoff til motorvogner	14 229	45	4
Butikkh. Jernvarer, fargevarer, trelast,	12 984	69	4
Detalj. biler, motorvogner, unnt. motor	11 638	83	3
Butikkh. belysningsutstyr	11 268	35	3
Butikkh. Sportsutstyr, fritidsbåter og u	9 221	63	3
Engrosh. bredt utv. nær.-/nyt.midl.	8 319	77	2
Annen engroshandel	7 593	74	2
Engrosh. datamask., programv. mv.	7 191	79	2
Engrosh. jernv., rørleggerart. m.m.	7 013	80	2
Butikkh. ur og klokker, fotoutstyr, opti	6 461	24	2
Engrosh. sykepleie- og apotekvarer	6 166	46	2
Butikkh. apotekvarer	6 124	11	2
Butikkh. bredt vareutvalg el.	5 955	34	2
Butikkh. blomster og planter	5 877	15	2
Butikkh. el. hush.apparater	5 864	73	2
Engrosh. byggevarer el.	5 767	78	2
Engros mask bygg/anl./oljeutv. mv.	5 667	81	2
Engrosh. utstyr handel, transp. mv.	5 532	80	2
Butikkh. skotøy	4 745	8	1
Butikkh. musikkinstr. og noter	4 133	25	1
Engrosh. klær og skotøy	3 831	42	1
Butikkh. el.	3 827	19	1
Agent.-/engrosh. motorv./-deler mv.	3 685	83	1
Butikkh. tekstiler og utstyrsvarer	3 443	7	1
Engrosh. hush.varer ellers	3 305	59	1
Engrosh. tømmer og trelast	3 296	80	1
Engrosh. kraftprod.-,install.utstyr	3 178	80	1
Agent.-/engrosh. motorv./-deler mv.	3 006	84	1
Butikkh. vin og brennevin	2 796	32	1
Engrosh. jordbr.-/skogbr.mask. mv.	2 691	84	1
Butikkh. baker- og konditorvarer, sukker	2 367	8	1
Butikkh. kosmetikk og toalettart.	2 257	4	1
Engrosh. bøker, aviser og blader	2 212	65	1
Engrosh. elektronikk-/telekomm.uts.	2 203	78	1
Postord.-/Internetthandel	2 189	46	1
Butikkh. spill og leker	2 055	24	1
Engrosh. frukt og grønnsaker	1 969	82	1
Engrosh. drivstoff og brensel	1 692	72	0
Engrosh. fisk og skalldyr	1 677	64	0
Engrosh. belysningsutstyr	1 587	65	0

Engrosh. kjemiske produkter	1 575	73	0
Engrosh. El.hush.app.- og maskiner, radi	1 512	74	0
Engrosh. parfyme og kosmetikk	1 483	33	0
Engrosh. spes. utv. nær.-/nyt.midl.	1 478	56	0
Engrosh. korn, såvarer og fôr	1 357	70	0
Engrosh. maskinverktøy	1 321	84	0
Engrosh. skipsutstyr og fiskeredsk.	1 238	78	0
Engrosh. kontormask., -utstyr el.	1 191	71	0
Engrosh. papir og papp	1 122	66	0
Agentur/engros biler/unnt. motorsyk	1 095	75	0
Butikkh. telekommunikasjonsutstyr	1 041	81	0
Engrosh. meierivarer, egg mv.	1 029	44	0
Engrosh. metaller og metallh. malm	937	80	0
Butikkh. datamask. og tilleggsutst.	921	84	0
Butikkh. helsekost	912	9	0
Engrosh. tekstiler og utstyrsvarer	870	43	0
Butikkh. audio- og videoutstyr	838	83	0
Agentur spesialisert vareutvalg el.	791	64	0
Agentur/engros motorvogner el.	781	84	0
Engrosh. sukker, sjok. og sukkerv.	745	51	0
Butikkh. innspill. av musikk/video	739	61	0
Detalj. utenom utsalgssted el.	668	65	0
Butikkh. reiseeff. og andre lærvarer	639	6	0
Engrosh. blomster og planter	636	59	0
Engrosh. vin og brennevin	635	70	0
Engrosh. fargevarer	617	78	0
Engrosh. Kjøkkenutstyr, steintøy, rengjø	532	60	0
Agentur-/engrosh. motorsykler	491	83	0
Engrosh. ur, foto- og optiske art.	455	63	0
Agentur maskiner, prod.utstyr mv.	423	77	0
Engrosh. avfall og skrap	400	84	0
Agentur møbler, hush.- og jernvarer	375	68	0
Butikkh. medisinske/ortop. art.	364	22	0
Agentur tekstiler/klær/skotøy mv.	358	42	0
Butikkh. nær.- og nytelsesmidler el.	336	43	0
Engrosh. kjøtt og kjøttvarer	303	69	0
Agentur nærings- og nytelsesmidler	299	58	0
Butikkh. fisk, skalldyr og bløtdyr	267	52	0
Engrosh. kaffe, te, kakao mv.	248	82	0
Engrosh. tobakksvarer og rå tobakk	248	70	0
Butikkh. gardiner og tepper	232	45	0
Engrosh. gull- og sølvvarer	228	33	0
Engrosh innsatsvarer el.	225	69	0
Butikkh. Antikviteter og brukte klær/var	198	59	0
Butikkh. kjøtt og kjøttvarer	163	38	0

Agentur bredt vareutvalg	144	59	0
Agentur tømmer, trelast, byggev.	134	81	0
Engrosh. drikkevarer el.	114	78	0
Torghandel	110	48	0
Butikkh. frukt og grønnsaker	94	49	0
Detalj. deler/utstyr til motorvogn	91	80	0
Agentur brensel, drivstoff mv.	76	74	0
Engrosh. huder, skinn og lær	69	77	0
Butikkh. drikkevarer el.	62	56	0
Motorsykkelvekhold og -rep.	53	92	0
Butikkh. aviser og papirvarer	24	17	0
Butikkh.tobakksvarer	14	21	0
Agentur jordbr. og tekstilråv. mv.	5	80	0
Totalt	349 260	51	100



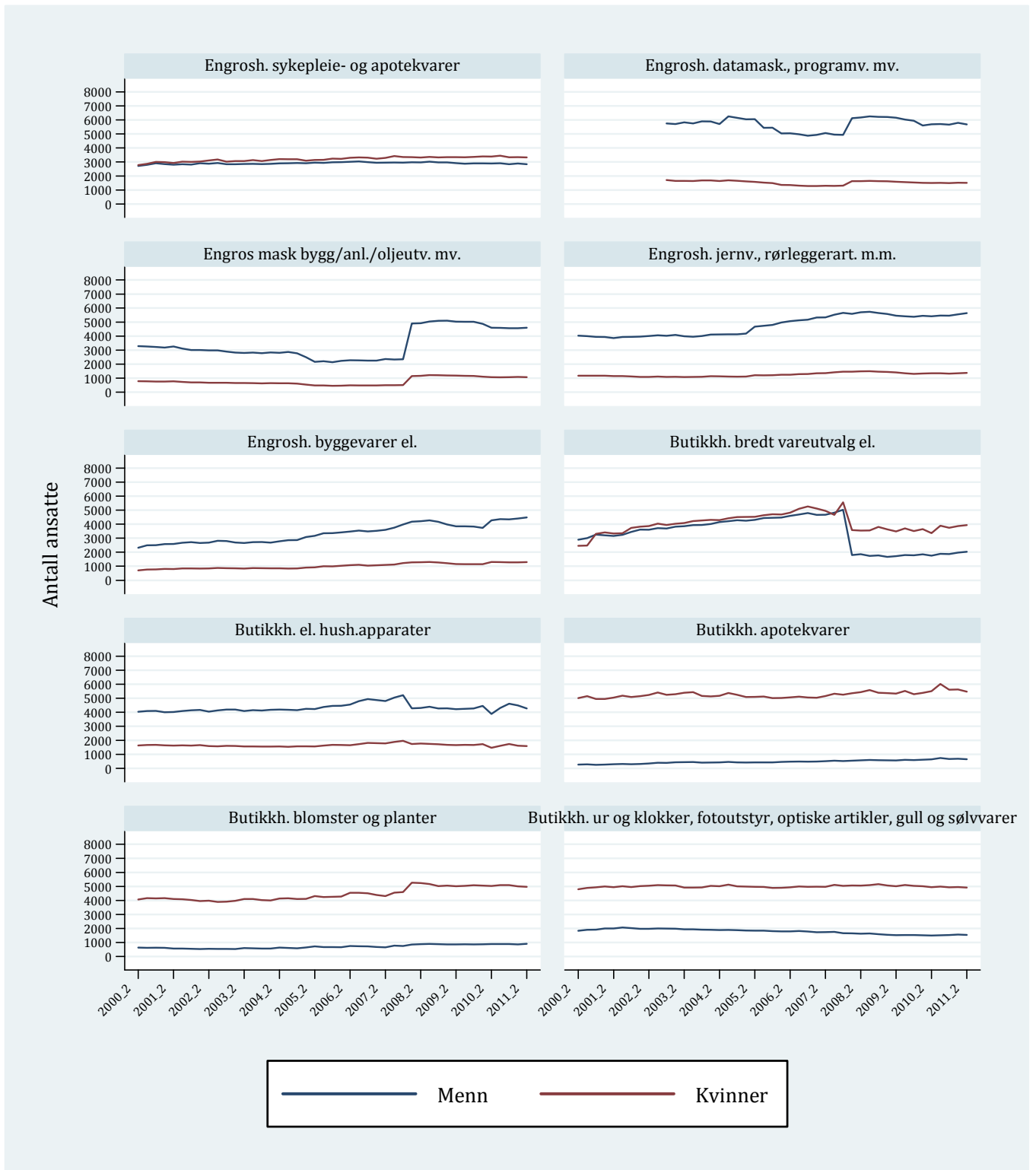
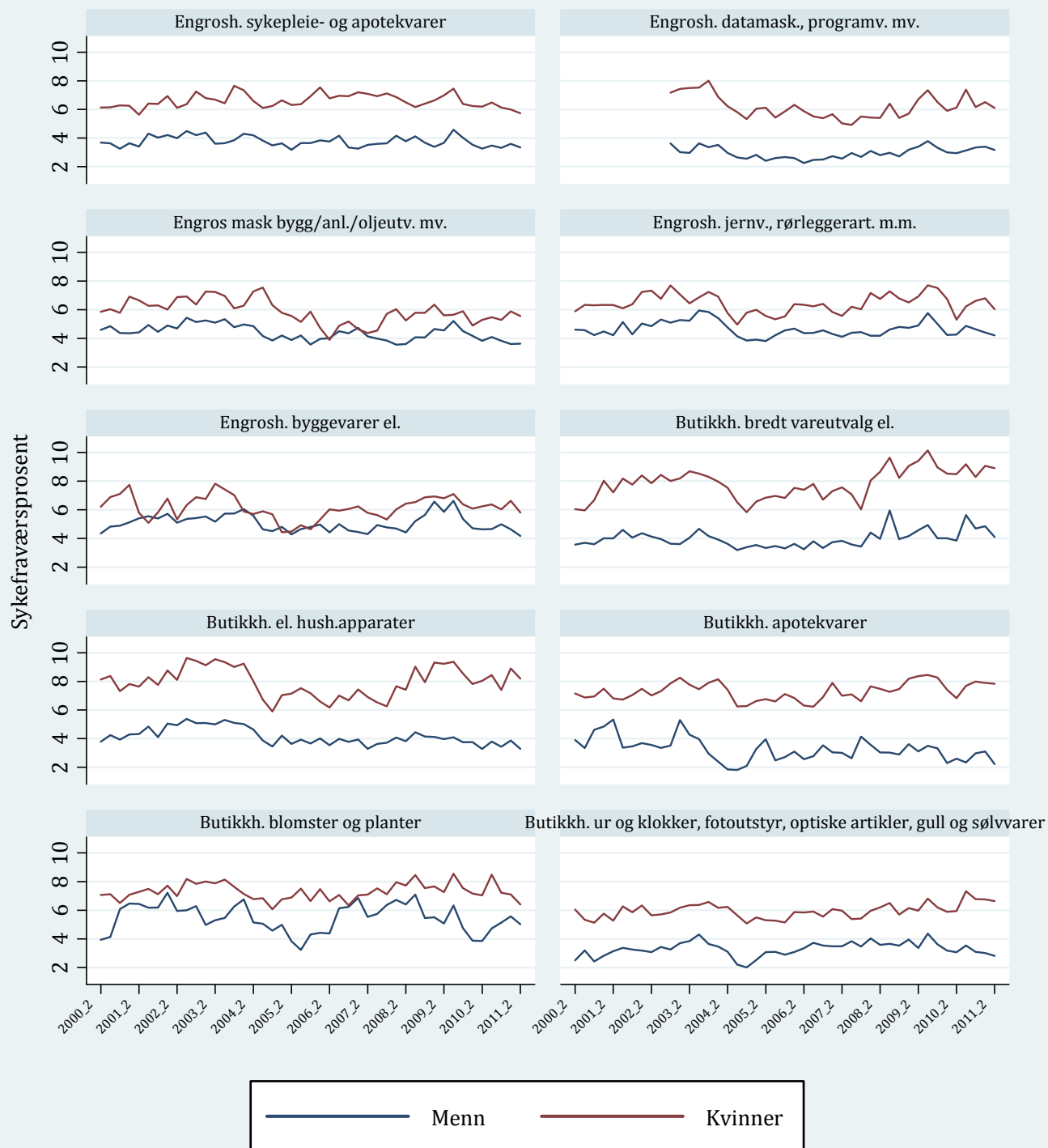
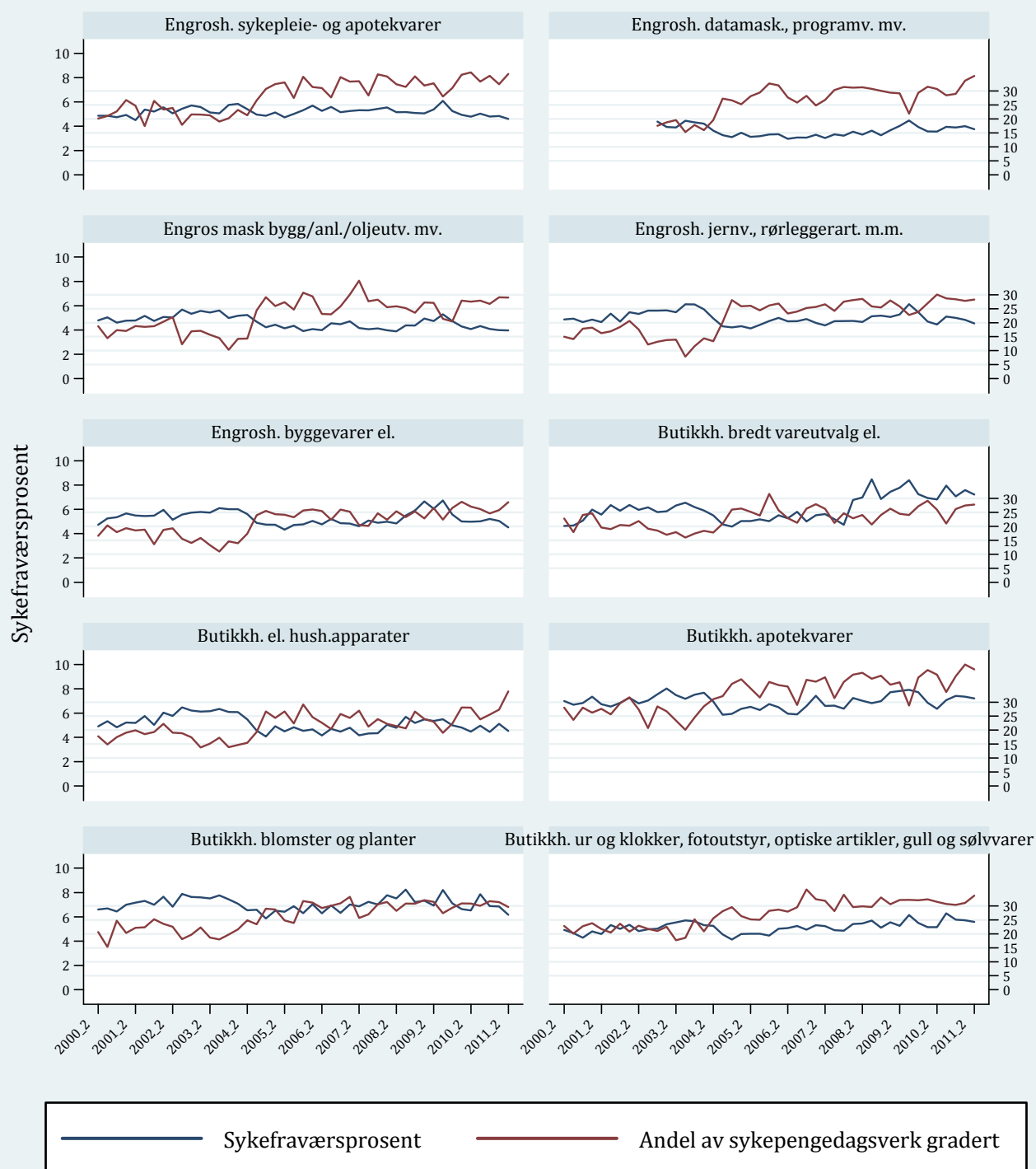


Fig 26: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Varehandel, reparasjon av motorvogner. Næringer med mer enn 7500 ansatte 2. kvartal 2011



**Fig 27: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Varehandel, reparasjon av motorvogner. Næringer med mer enn 7500 ansatte 2. kvartal 2011**



**Fig 28: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Varehandel, reparasjon av motorvogner. Næringer med mer enn 7500 ansatte 2. kvartal 2011**

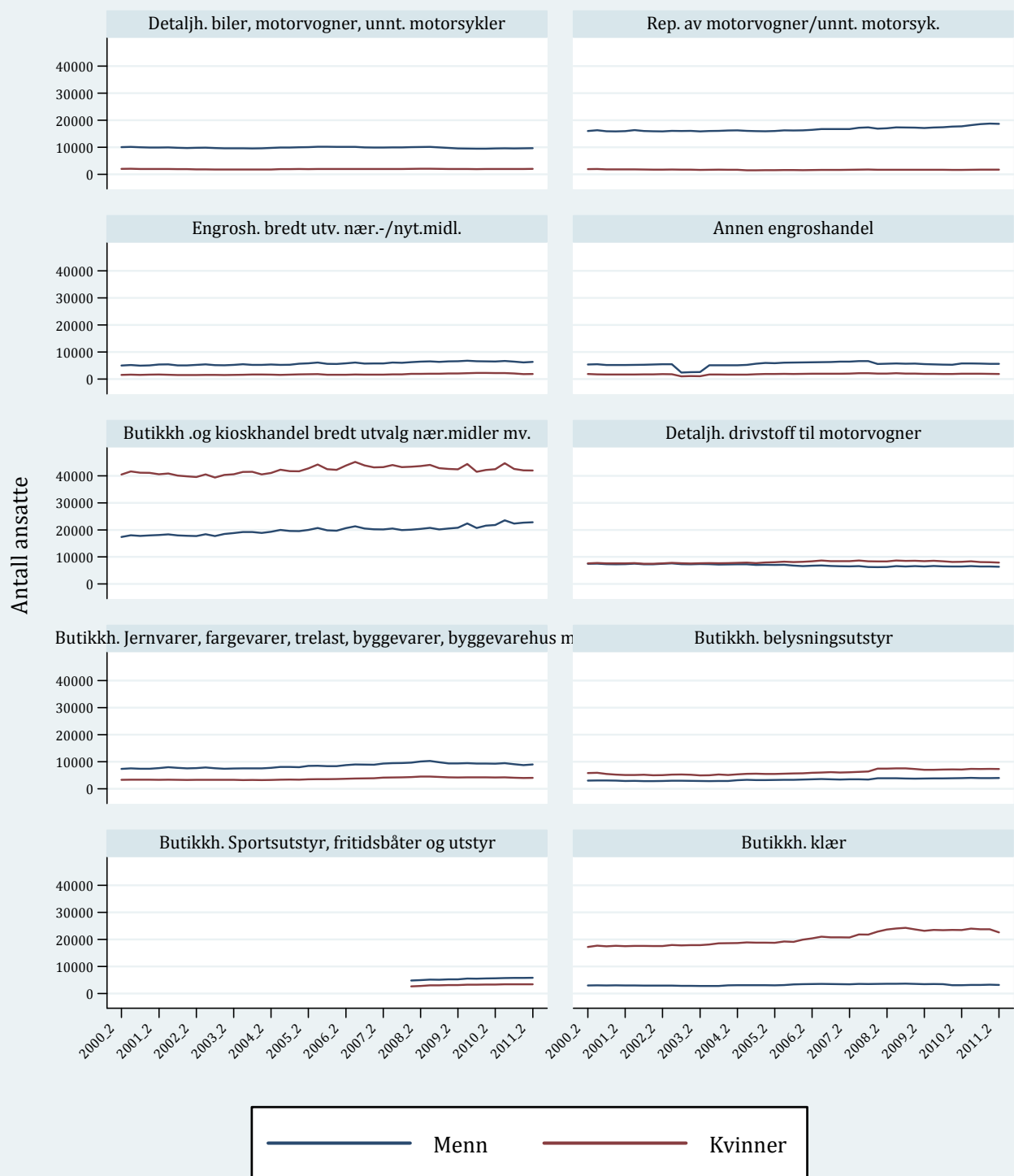
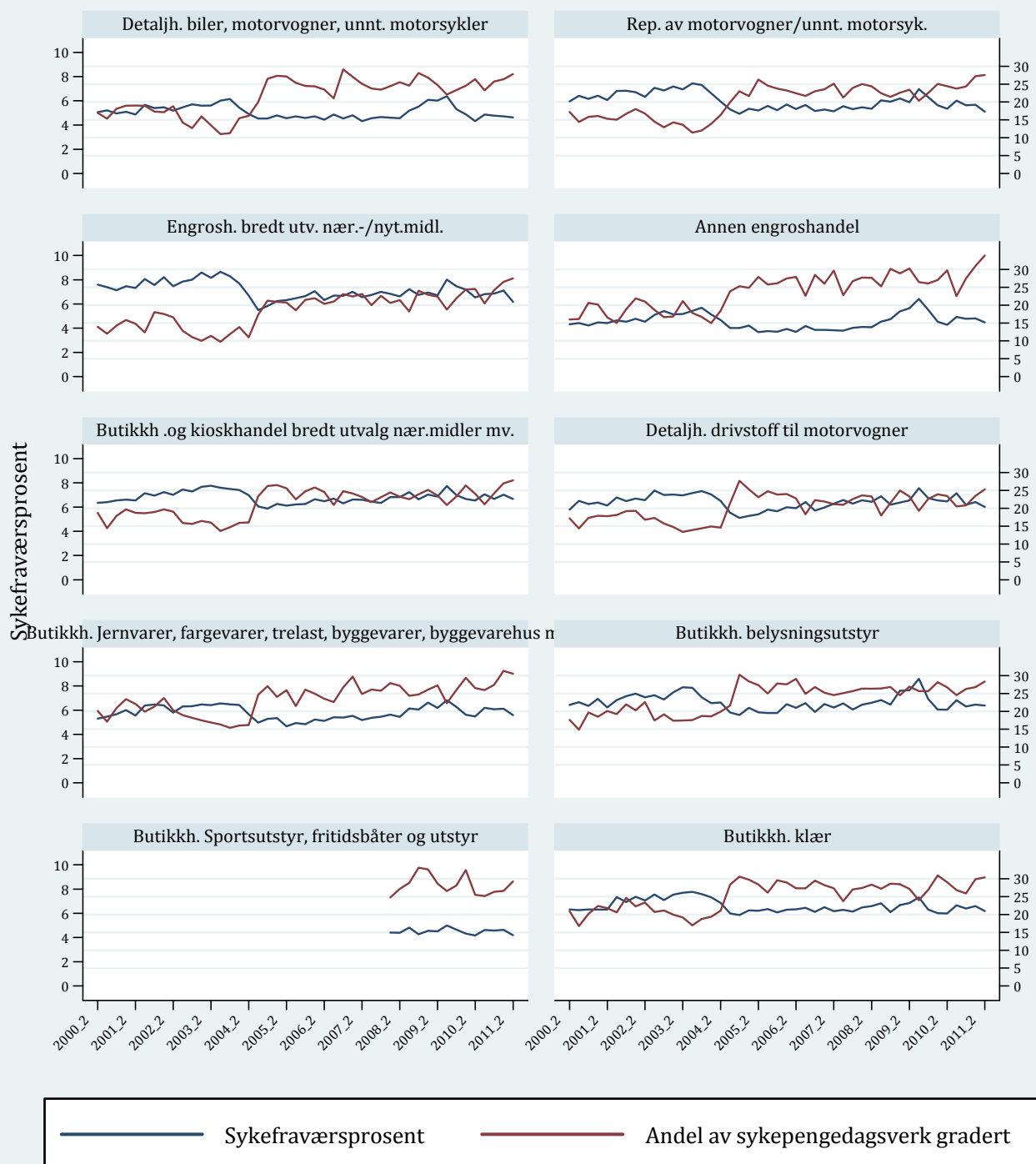


Fig 29: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Varehandel, reparasjon av motorvogner. Næringer med mellom 5 600 og 7 500 ansatte 2. kvartal 2011.



Fig 30: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Varehandel, reparasjon av motorvogner. Næringer med mellom 5 600 og 7500 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 31: Sykefraværsprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Varehandel, reparasjon av motorvogner. Næringer med mellom 5 600 og 7500 ansatte 2. kvartal 2011.**

## TRANSPORT OG LAGRING

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Godstransport på vei	22 334	90	17
Landsdekkende posttjenester	15 788	56	12
Rutebiltransport	13 443	90	10
Drosjebiltransport	8 313	88	6
Andre tjen. tilkn. lufttransport	8 064	71	6
Spedisjon	7 812	68	6
Slepebåtvirks. og forsyningskip	7 239	91	5
Kysttrafikk ellers med passasjerer	7 162	75	5
Lufttransp. med passasjerer	6 276	56	5
Innenriks og utenriks sjøfart med gods	6 085	80	5
Andre post- og budtjenester	4 614	76	3
Passasjertransp. med jernbane	3 565	69	3
Tjen. tilkn. landtransport el.	2 685	68	2
Utenriks sjøfart med passasjerer	2 611	52	2
Turbiltransport	2 015	87	2
Transp. Sporveis-/forstadsbane/taubane/s	1 801	77	1
Drift av havne- og kaianlegg	1 716	80	1
Lagring	1 531	82	1
Tjen. tilkn. sjøtransport el.	1 522	84	1
Drift av taxisentraler m.m.	1 505	56	1
Drift av parkeringsplasser og -hus	1 293	70	1
Skipsmegling	1 219	74	1
Godstransp. med jernbane	828	94	1
Drift av gods- og transportsentraler	810	66	1
Lasting og lossing	768	85	1
Transportformidling ellers	606	77	0
Drift av bomstasjoner	281	37	0
Redningstjeneste	265	97	0
Lufttransp. med gods	176	77	0
Flymegling	31	74	0
Transport på elver og innsjøer	5	60	0
Rørtransport	0	0	0
Totalt	132 363	77	100

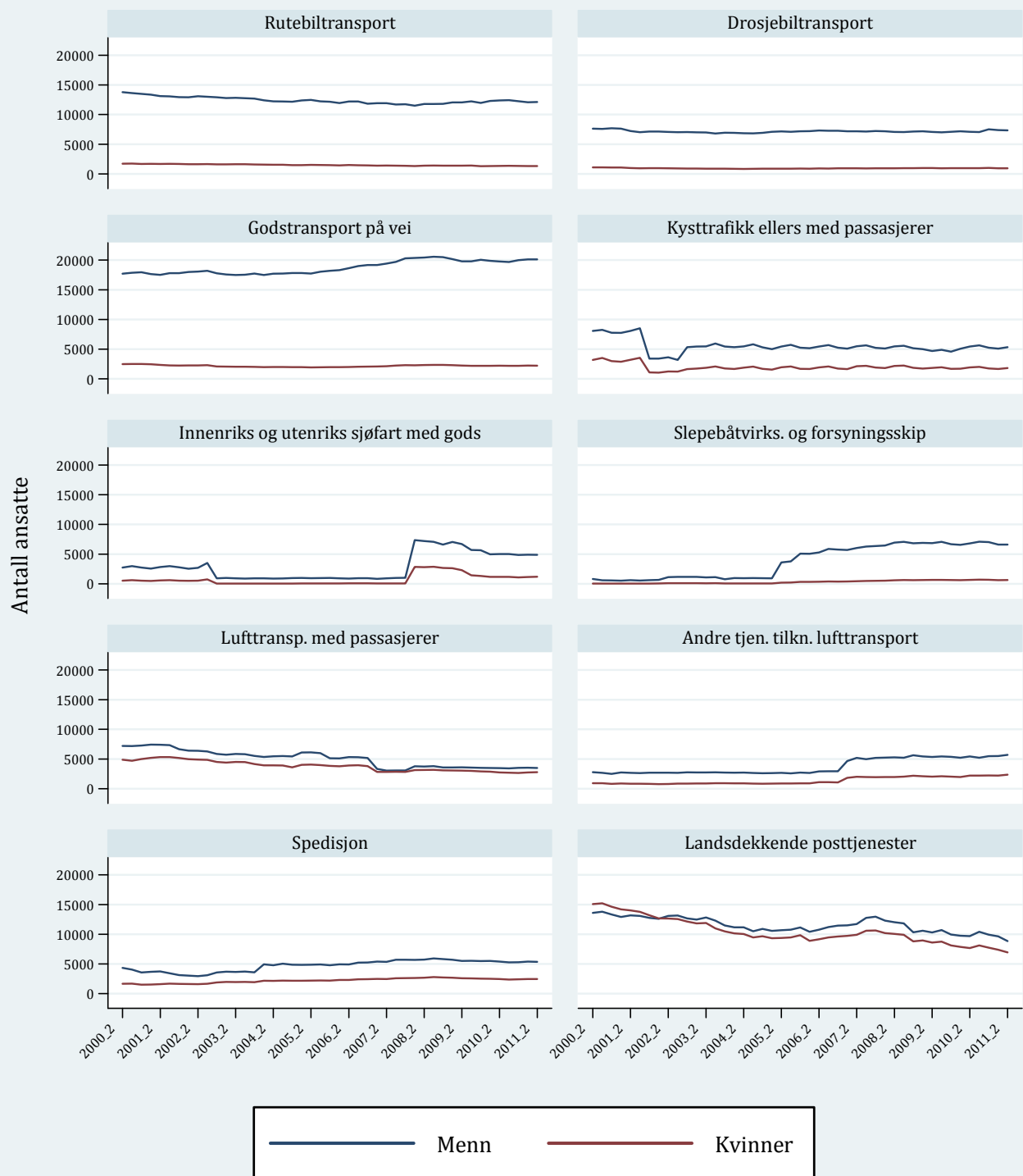
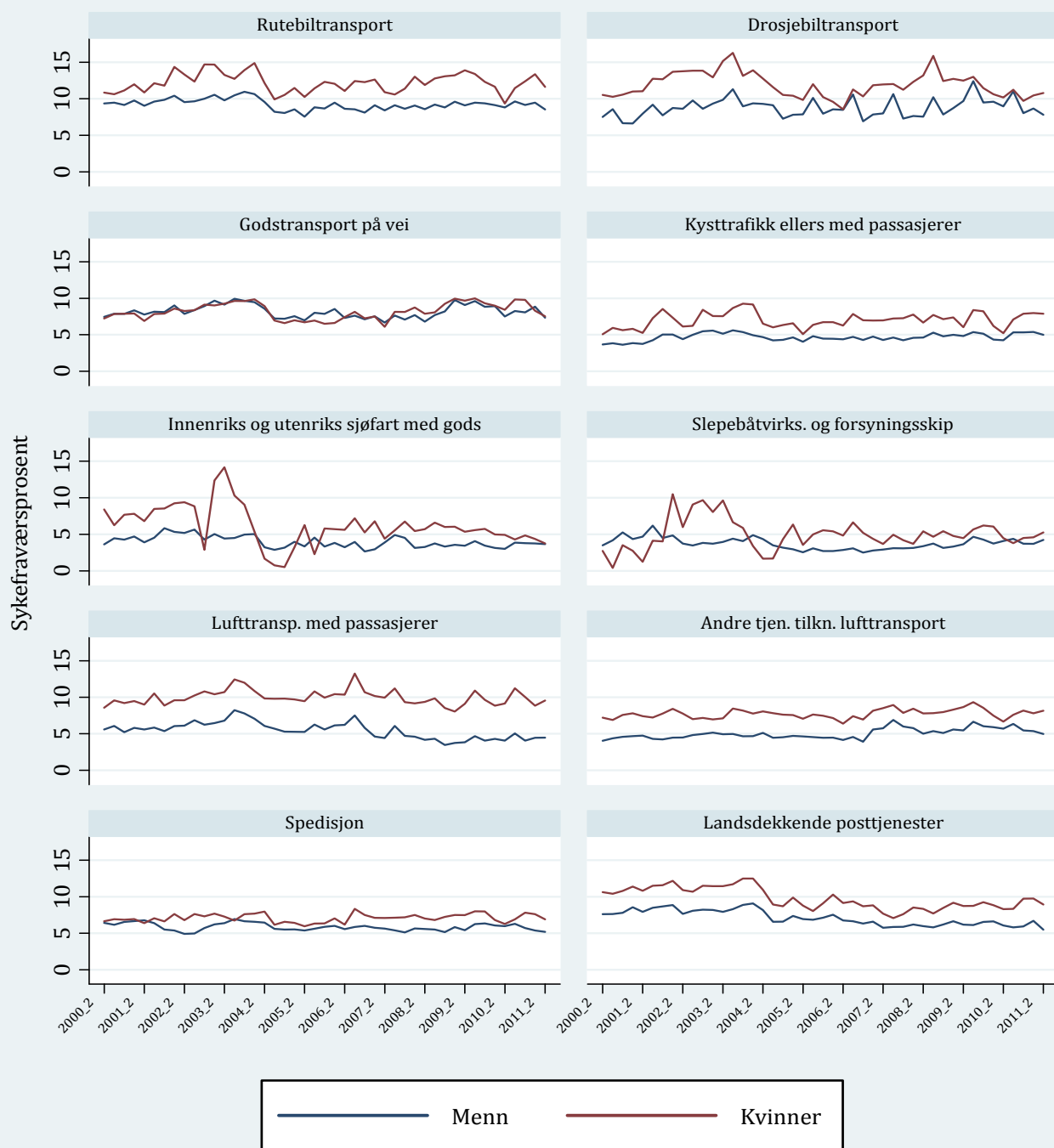
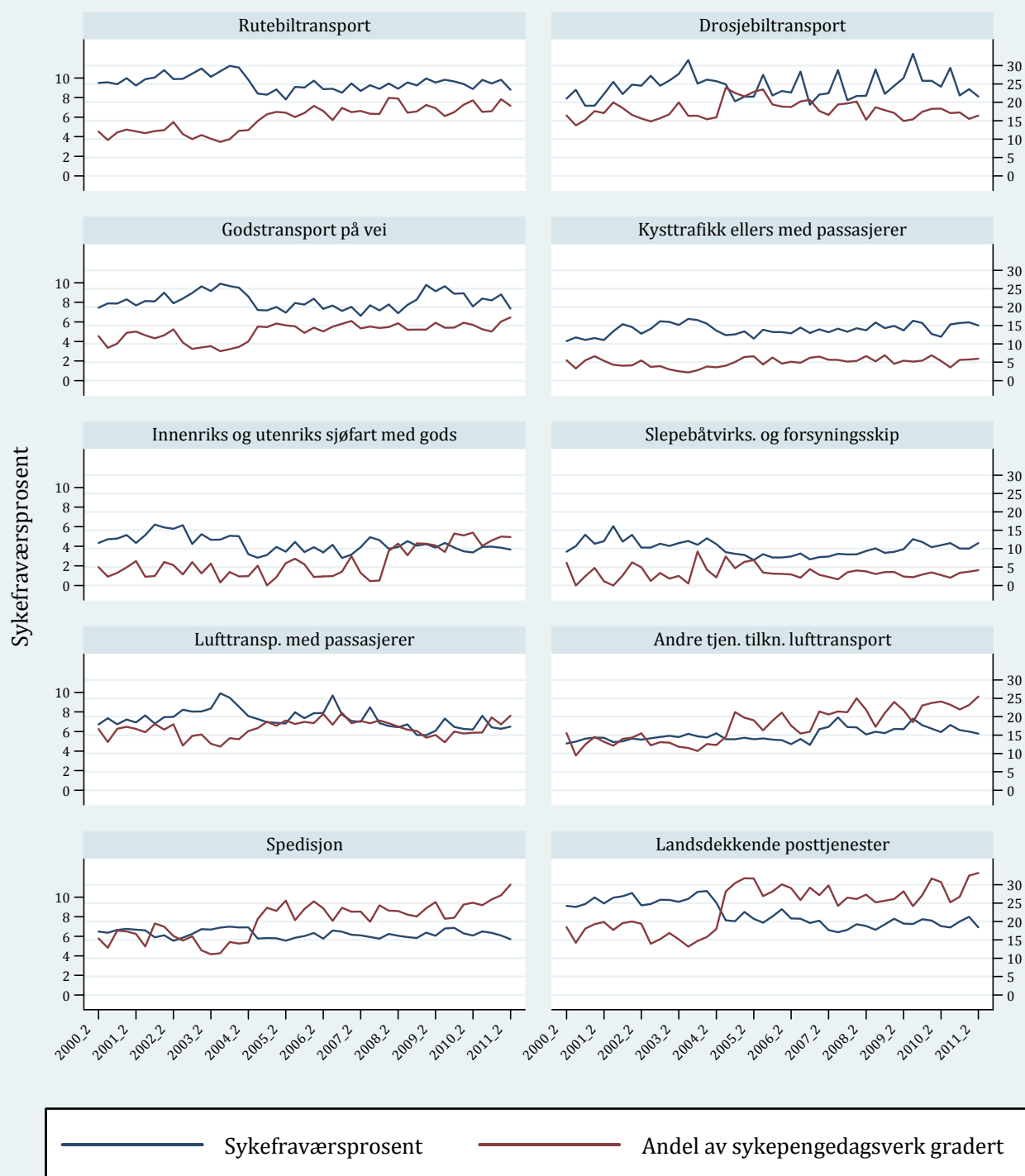


Fig 32: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Transport og lagring. Næringer med mer enn 6000 ansatte 2. kvartal 2011.





**Fig 33: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Transport og lagring. Næringer med mer enn 6000 ansatte 2. kvartal 2011.**



**Fig 34: Sykefraværsprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Transport og lagring. Næringer med mer enn 6000 ansatte 2. kvartal 2011.**

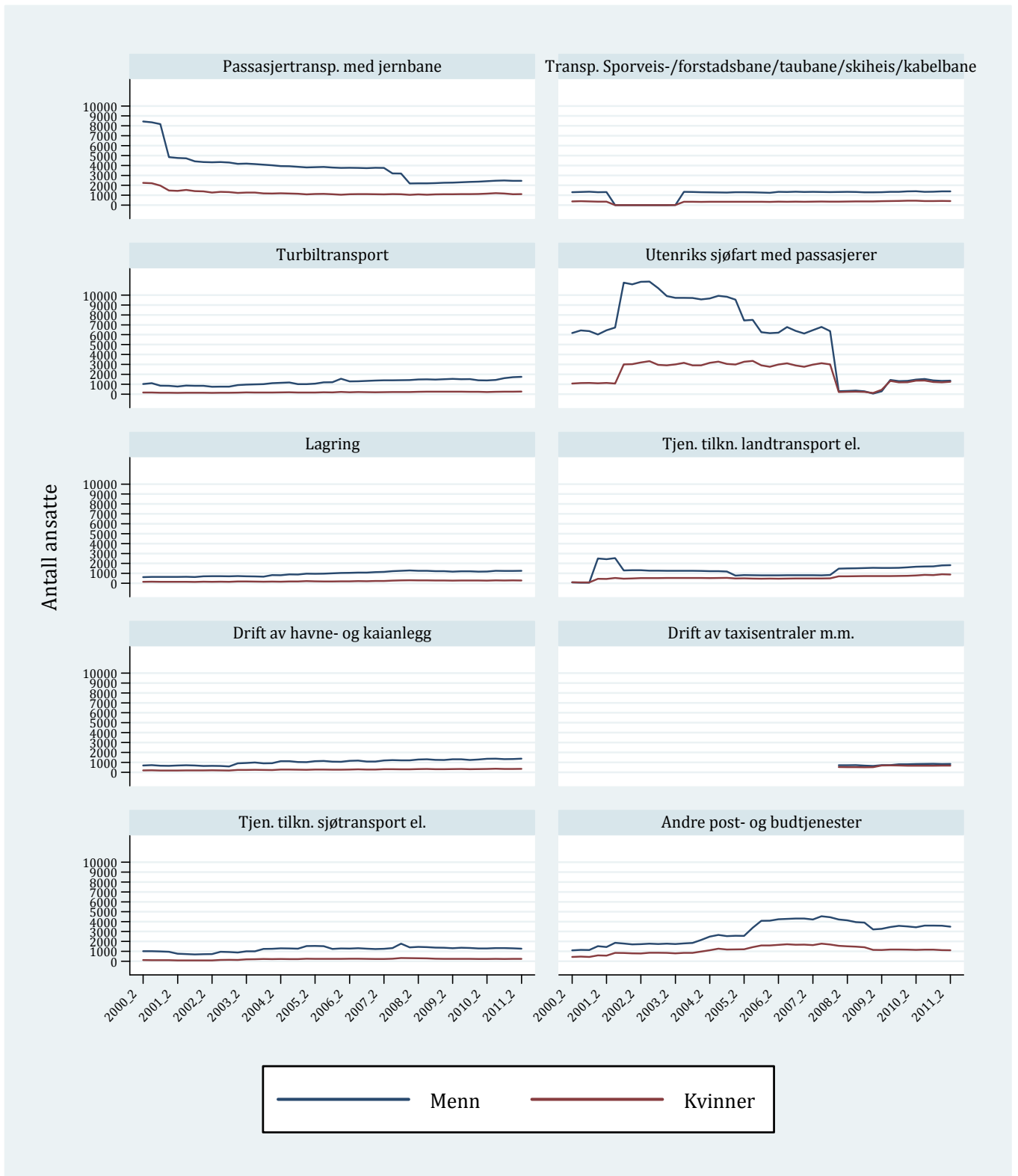
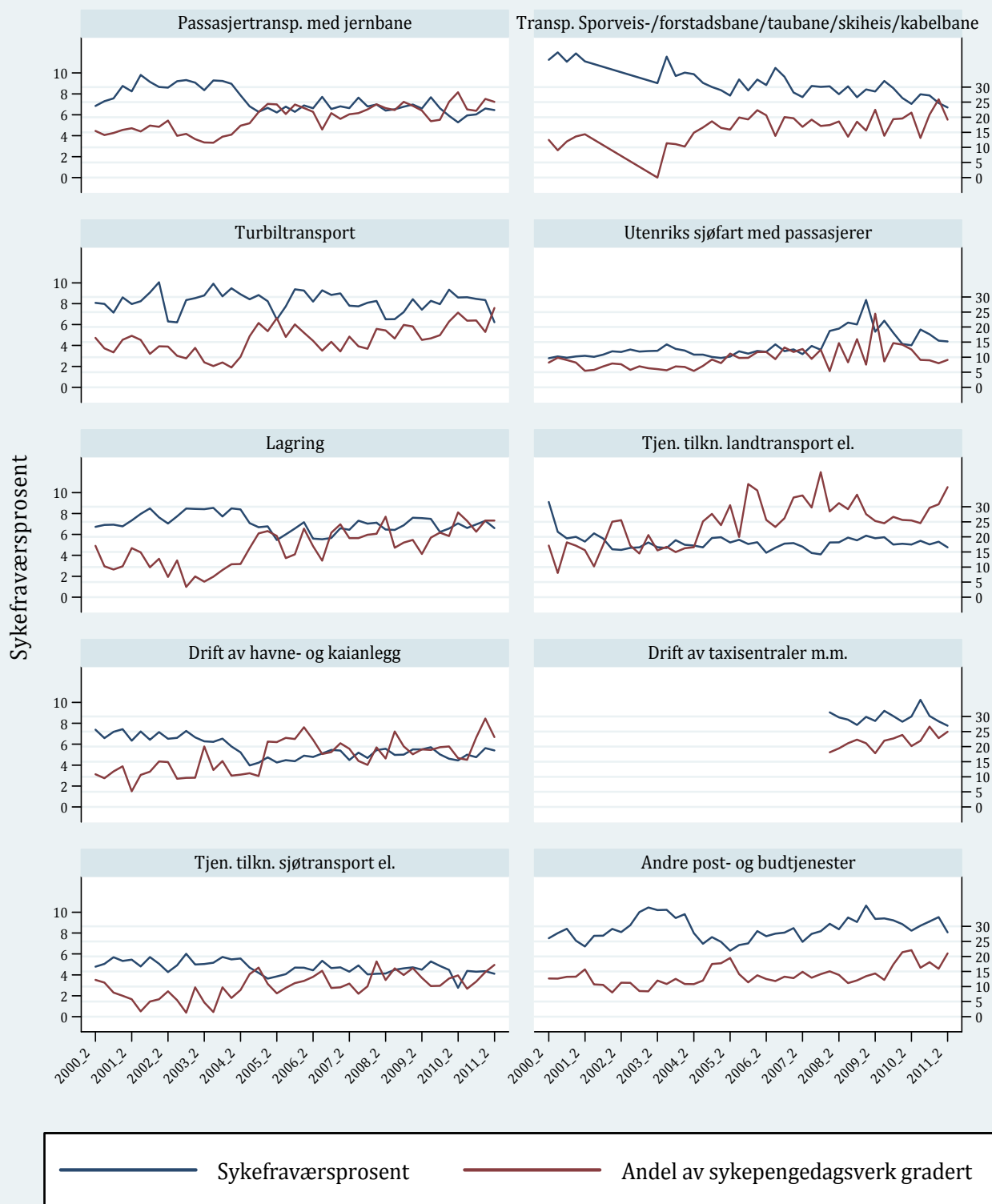


Fig 35: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Transport og lagring. Næringer med mellom 1 500 og 4 600 ansatte 2. kvartal 2011.



Fig 36: Sykefraværsprosent i detaljerte næringer under hovednæring Transport og lagring. Næringer med mellom 1 500 og 4 600 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 37: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Transport og lagring. Næringer med mellom 1 500 og 4 600 ansatte 2. kvartal 2011.**

## OVERNATTINGS- OG SERVERINGSVIRKSOMHET

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Hotelldrift	21 068	36	16
Drift av vandrerhjem, ferieleil., turist	1 802	39	1
Drift av restauranter og kafeer	36 381	44	28
Drift av gatekjøkken	3 450	37	3
Cateringvirksomhet	4 671	42	4
Kantinedrift, selvst. virksomhet	5 948	33	4
Drift av puber	2 722	54	2
Drift av barer ellers	659	23	0
Totalt	76 701	40	58

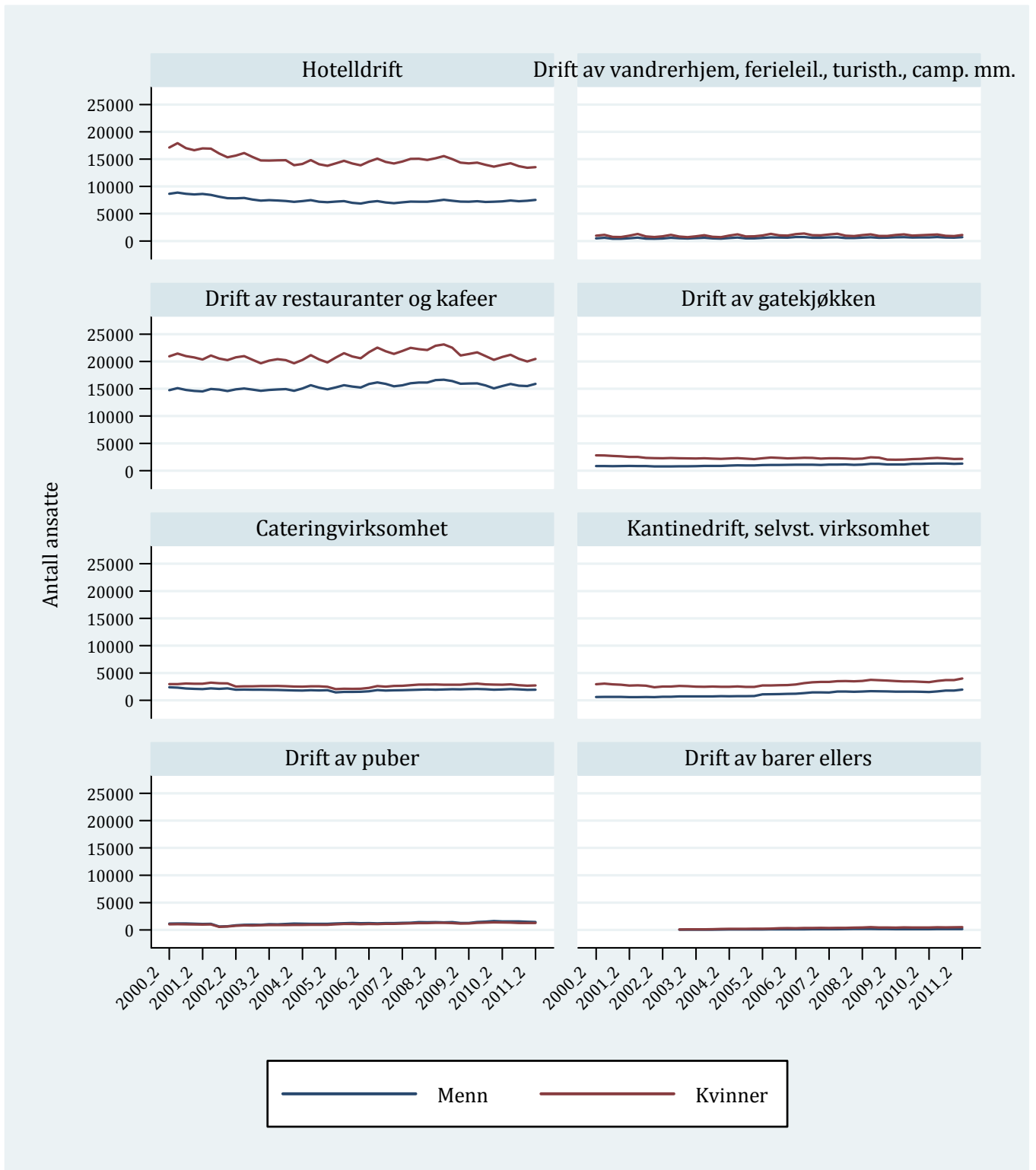


Fig 38: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednærings Overnatting og serveringsvirksomhet.

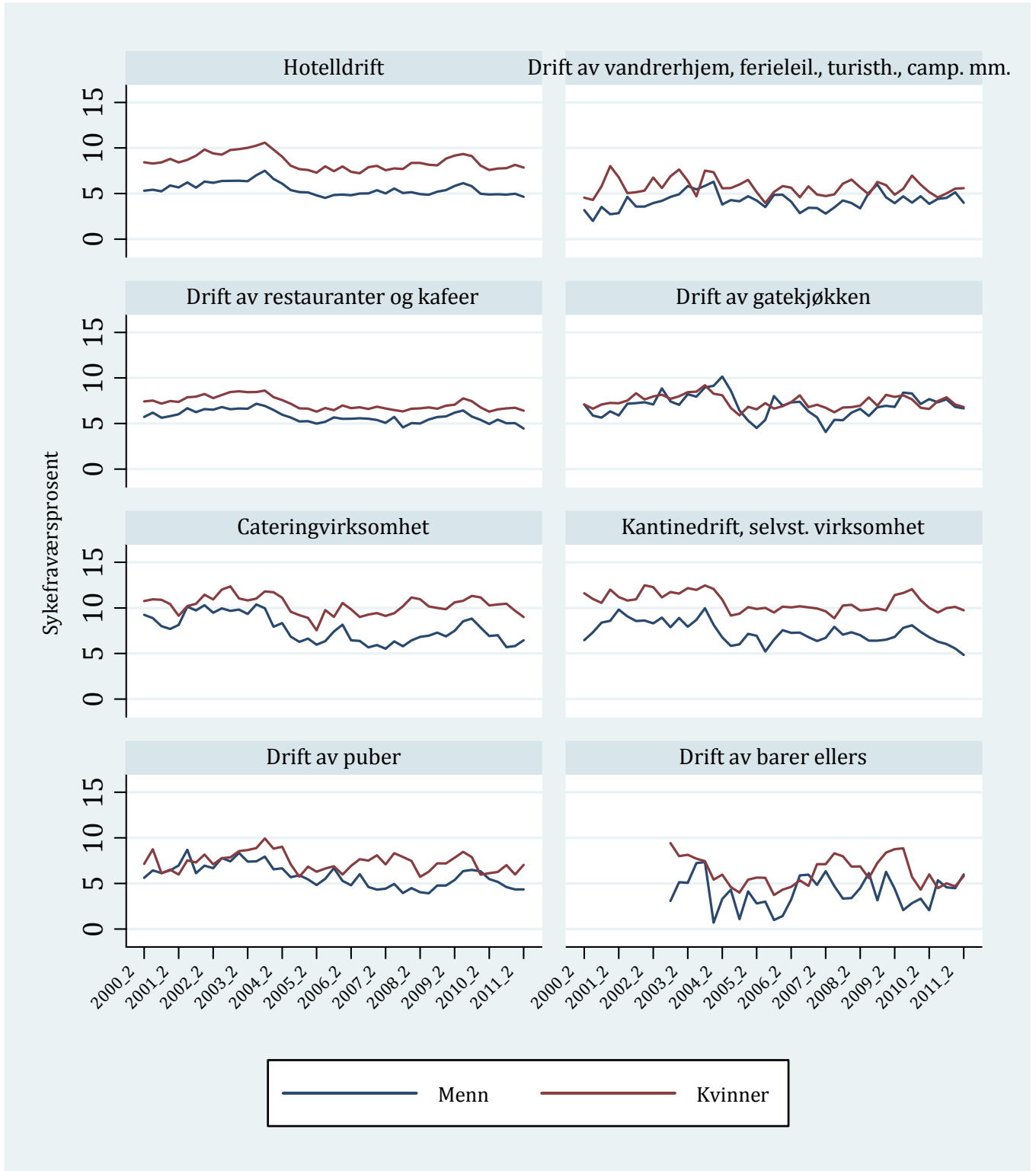


Fig 39: Sykefraværsprosent i detaljerte næringer under hovednæring Overnatting og serveringsvirksomhet.



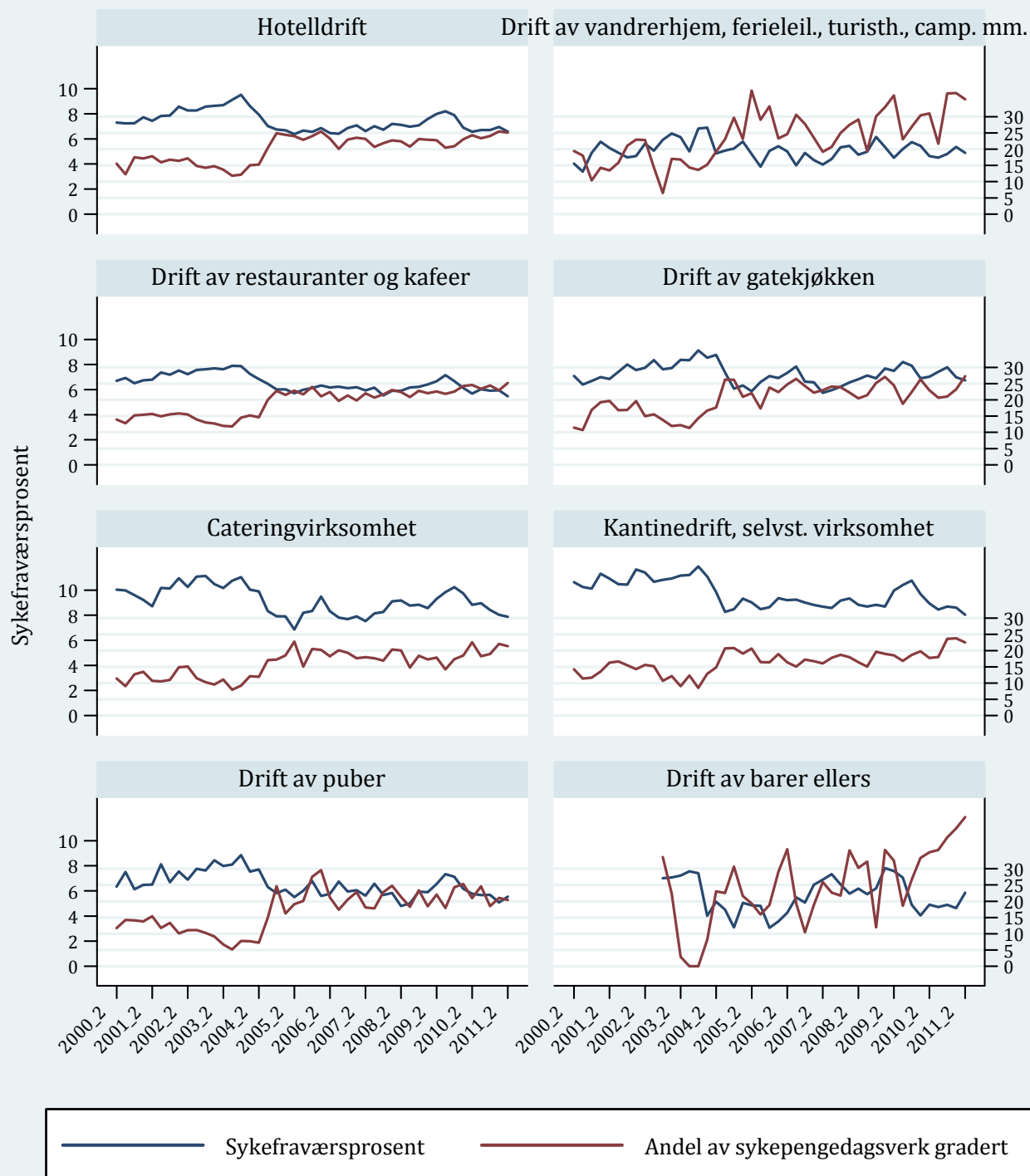


Fig 40: Sykefraværsprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Overnatting og serveringsvirksomhet.

## INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Programmeringstjenester, vedl./rep. kont	32 406	79	40
Kabelbasert telekomm.	10 343	70	13
Forlagsvirksomhet ellers, utgivelse av d	8 536	73	10
Utgivelse av aviser	8 141	56	10
Fjernsynskringkasting	5 551	55	7
Utgivelse av blader/tidsskrifter/katalog	3 805	49	5
Databeh./-lagring og tilkn. tjen.	2 008	71	2
Prod./etterarb. av film/video/fjernsyn	1 885	61	2
Utgivelse av bøker	1 700	38	2
Drift av web-portaler	1 590	65	2
Trådløs telekomm.	1 547	73	2
Filmframvisning	1 388	54	2
Telekommunikasjon ellers	706	74	1
Satellittbasert telekomm.	575	79	1
Radiokringkasting	512	62	1
Nyhetsbyråer	435	59	1
Andre informasjonstjenester	306	61	0
Prod./utgiv. av musikk-/lydopptak	302	60	0
Distrib. film/video/fjernsynsprogr.	264	55	0
	82 000	69	100

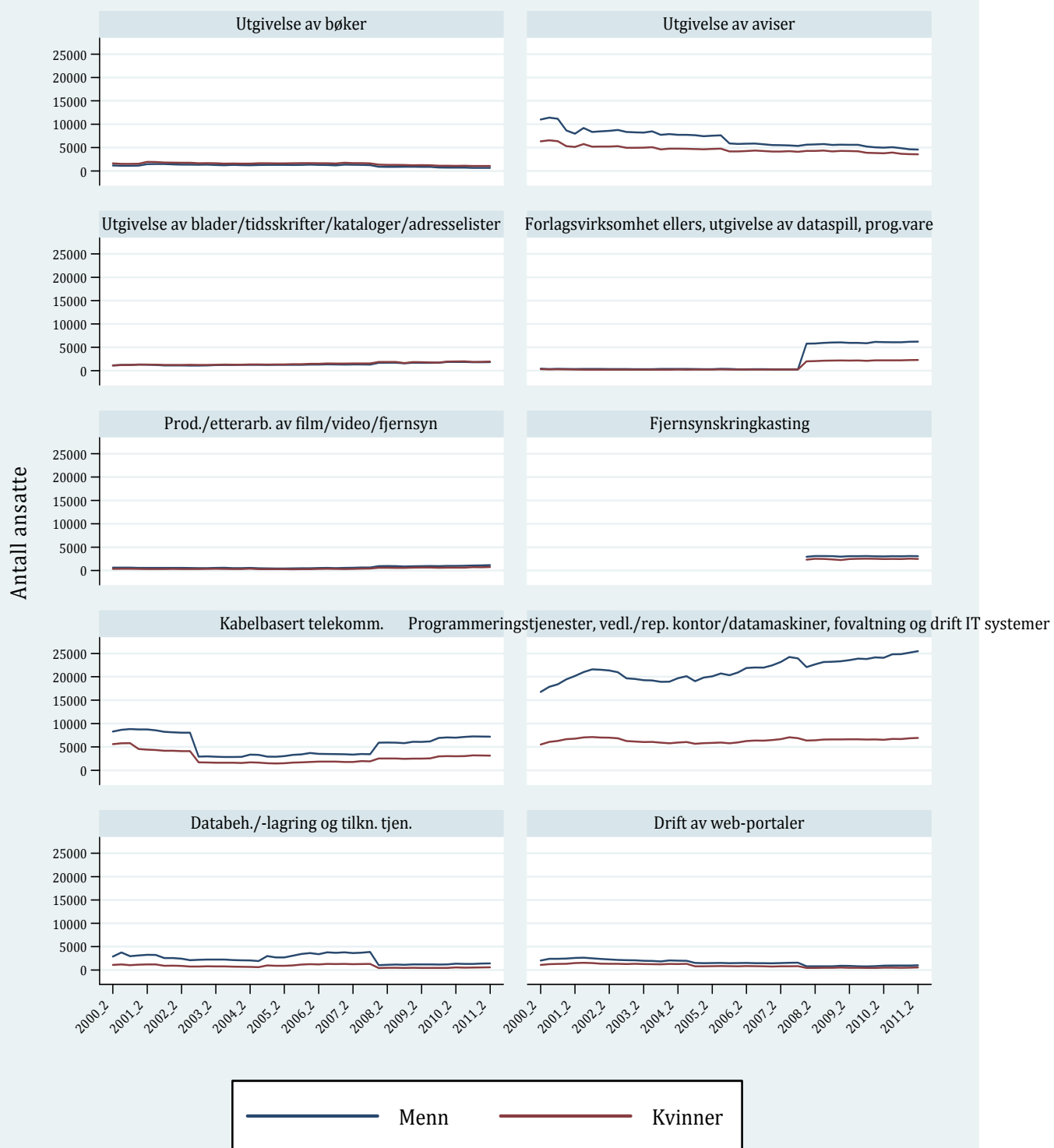
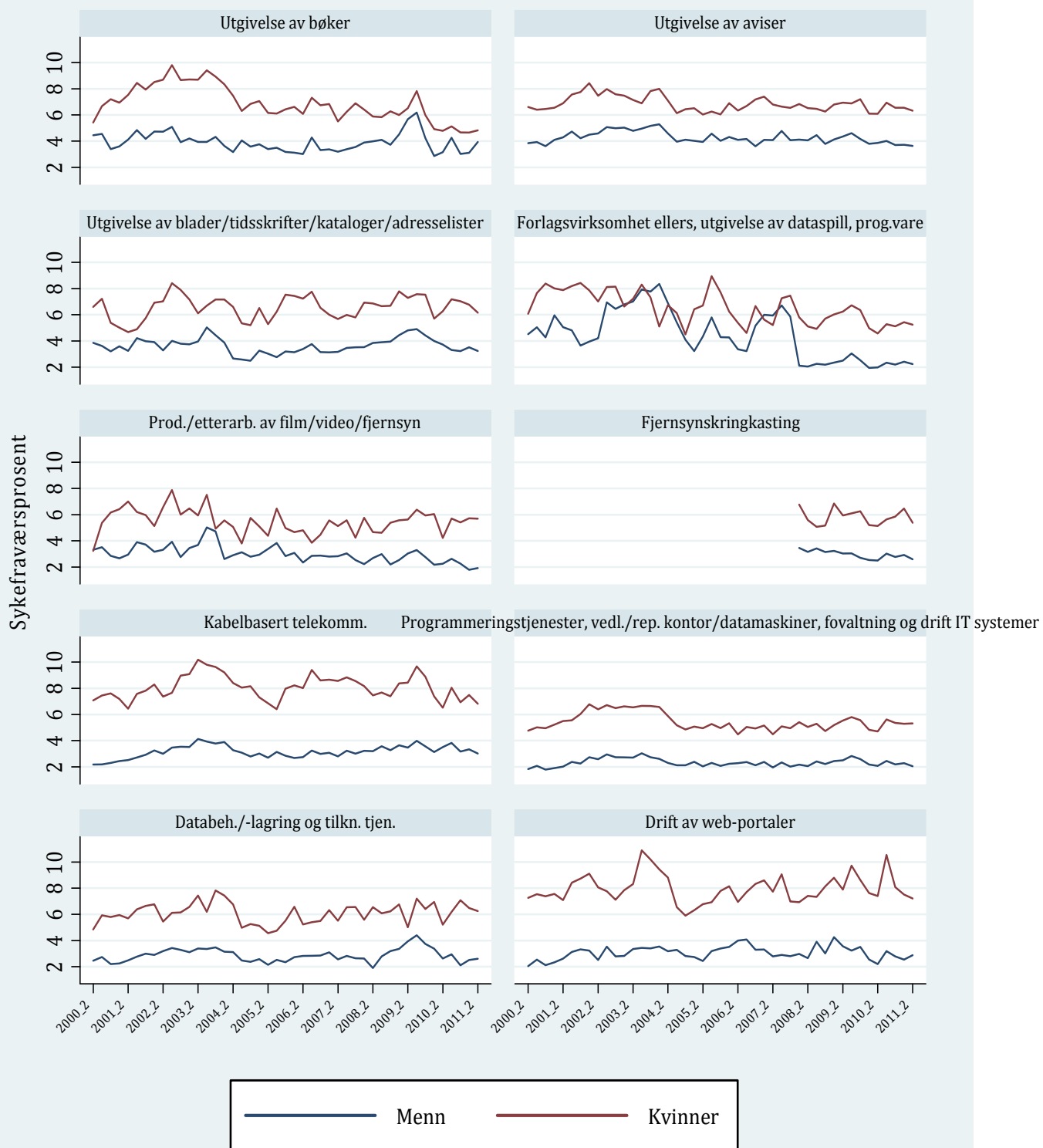
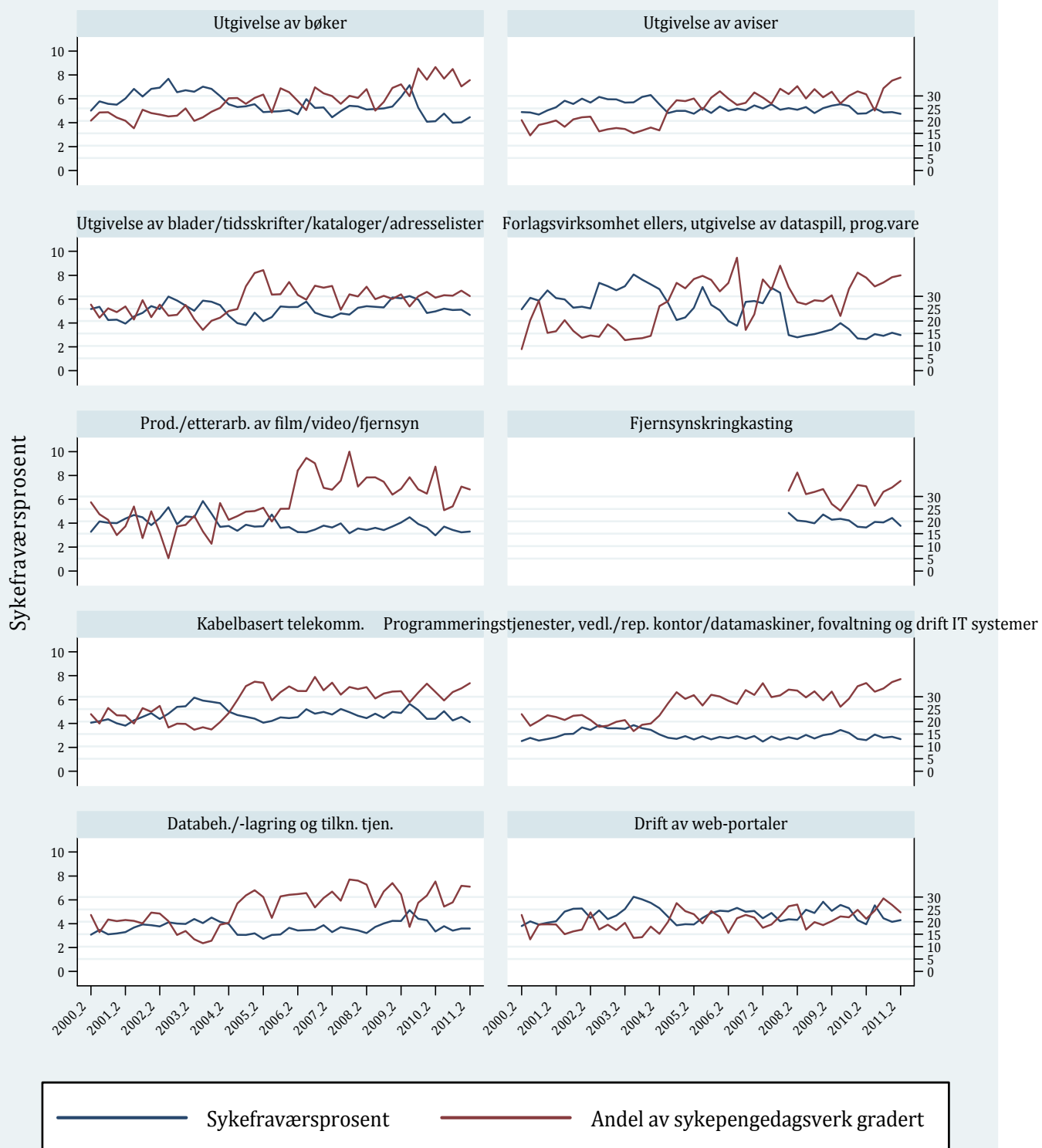


Fig 41: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Informasjon og kommunikasjon. Næringer med mer enn 1 590 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 42: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Informasjon og kommunikasjon. Næringer med mer enn 1 590 ansatte 2. kvartal 2011.**



**Fig 43: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Informasjon og kommunikasjon. Næringer med mer enn 1 590 ansatte 2. kvartal 2011.**

## FINANSIERINGS- OG FORSIKRINGSVIRKSOMHET

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Bankvirksomhet ellers	24 841	47	52
Skadeforsikring	7 303	51	15
Annen kredittgiving	3 455	46	7
Livsforsikring	2 882	47	6
Verdipapirmegling	2 451	75	5
Verdipapir- og fondsforvaltning, megling	2 183	69	5
Tjen. fors.virks./pensj.kasser el.	1 509	62	3
Forsikringsformidling	1 357	58	3
Administrasjon av finansmarkeder	1 179	59	2
Tjen. tilkn. finansieringsvirks. el.	897	62	2
Pensjonskasser	112	38	0
Totalt	48 169	51	100

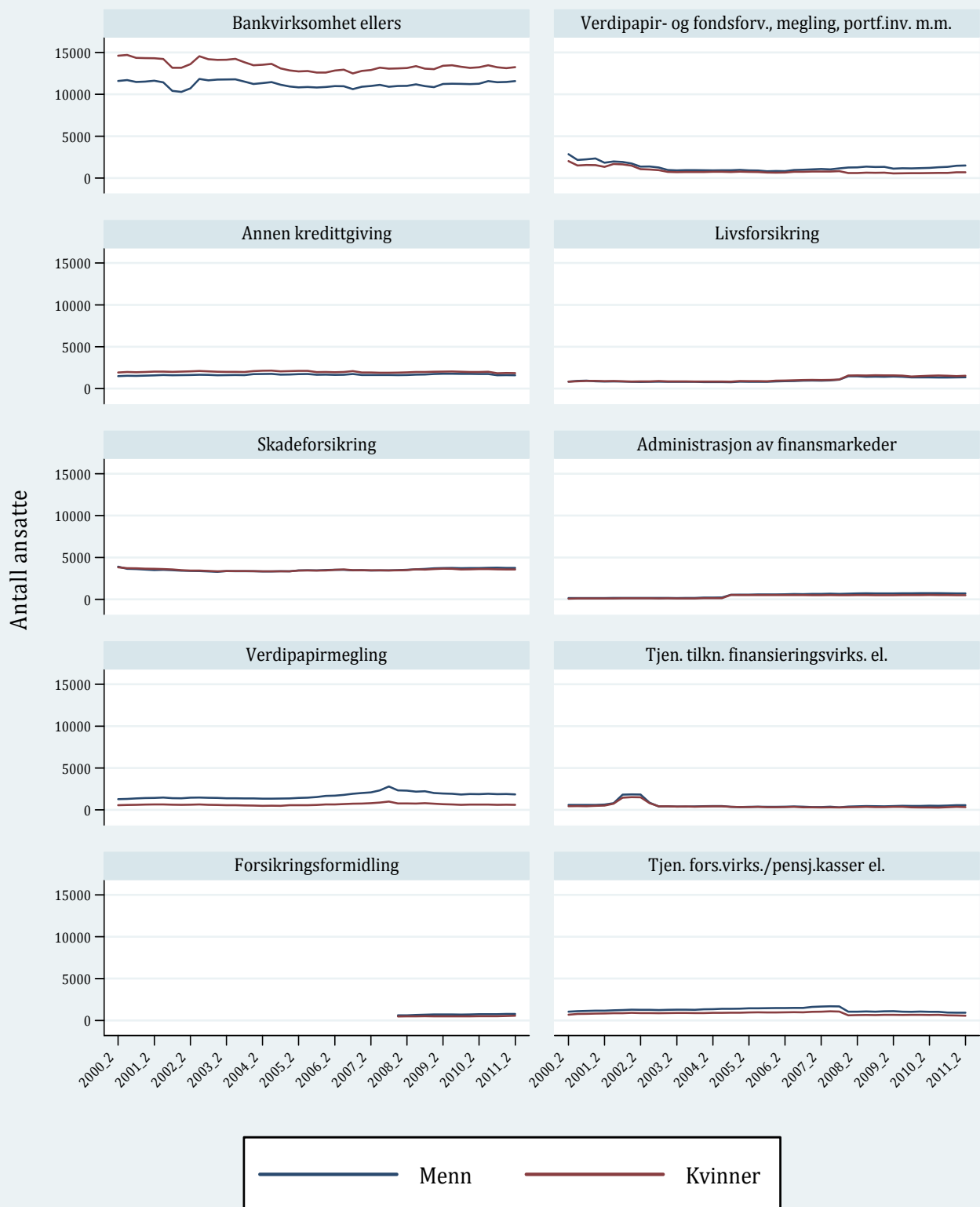


Fig 44: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Finansierings- og forsikringsvirksomhet.

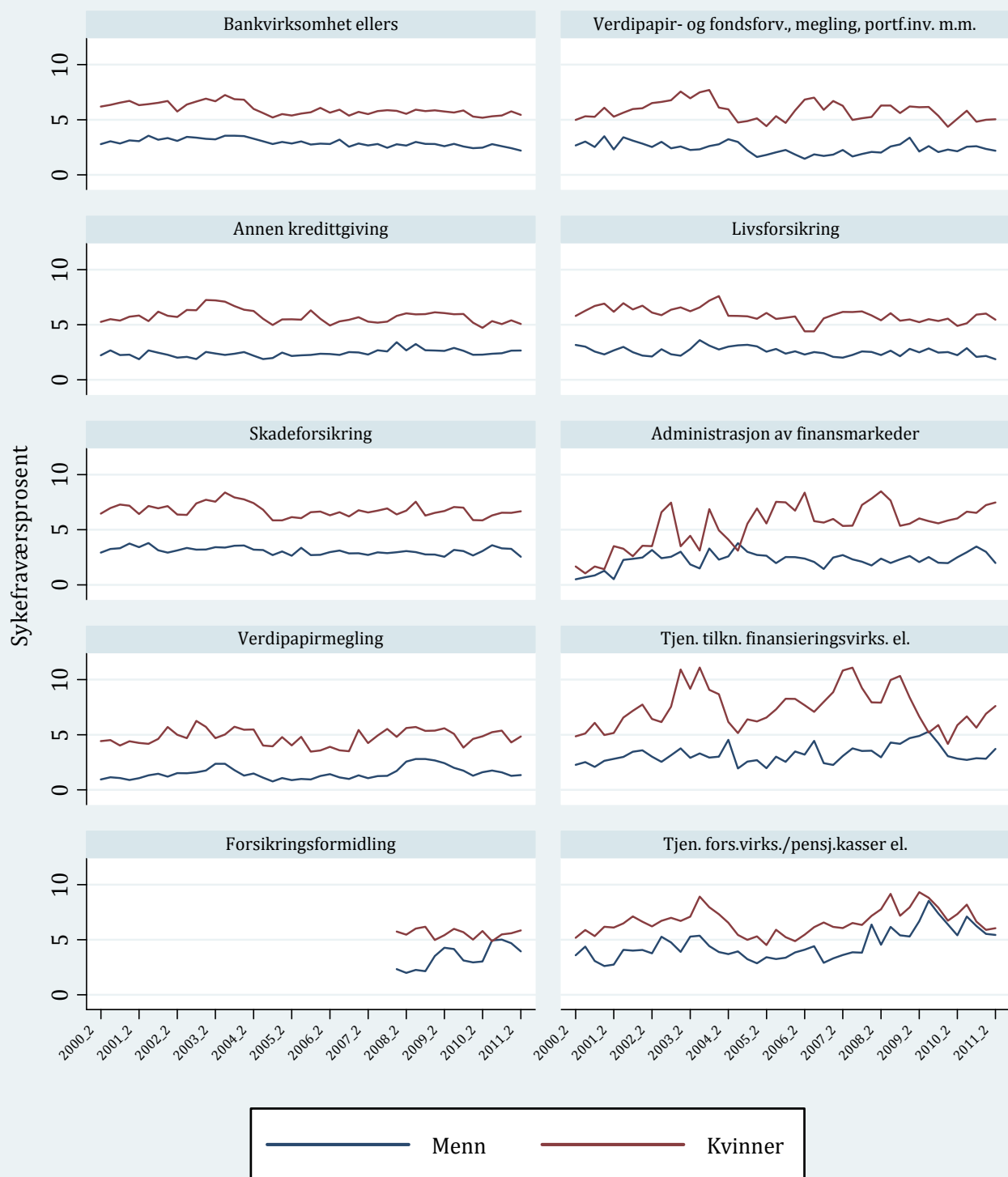


Fig 45: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Finansierings- og forsikringsvirksomhet.





**Fig 46:** Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Finansierings- og forsikringsvirksomhet.

## EIENDOMSDRIFT, TEKNISK TJENESTEYTING

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Eiendomsmegling	21 913	42	14
Annen teknisk konsulentvirks.	16 531	80	10
Annen forsk. innen naturvit. og teknikk,	14 312	61	9
Regnskap og bokføring	13 894	32	9
Utl. av egen/leid fast eiendom el.	12 366	63	8
Byggeteknisk konsulentvirks.	11 648	74	7
Bedriftsrådgiv./annen adm. rådgiv., hove	9 088	62	6
Teknisk prøving og analyse	8 866	64	6
Arkitekttjen. vedr. byggverk, landskapsa	7 877	57	5
Revisjon	7 386	52	5
PR og kommunikasjonstjenester	7 209	57	5
Juridisk tjenesteyting	5 811	39	4
Oversettelses- og tolkevirksomhet, telef	5 473	54	3
Geologiske undersøkelser	3 421	69	2
Eiendomsforvaltning	3 148	63	2
Kjøp/salg av egen fast eiendom	2 530	72	2
Forskning samfunnsvit., human. fag	2 318	47	1
Markeds- og opinionsundersøkelser	1 626	49	1
Veterinærtjenester	1 376	18	1
Borettslag	1 063	78	1
Fotografvirksomhet	917	46	1
Impresariovirksomhet	332	60	0
Takseringsvirksomhet	87	68	0
Skatterådgivning	14	29	0
Modellbyråvirksomhet	9	22	0
Totalt	159 215	57	100

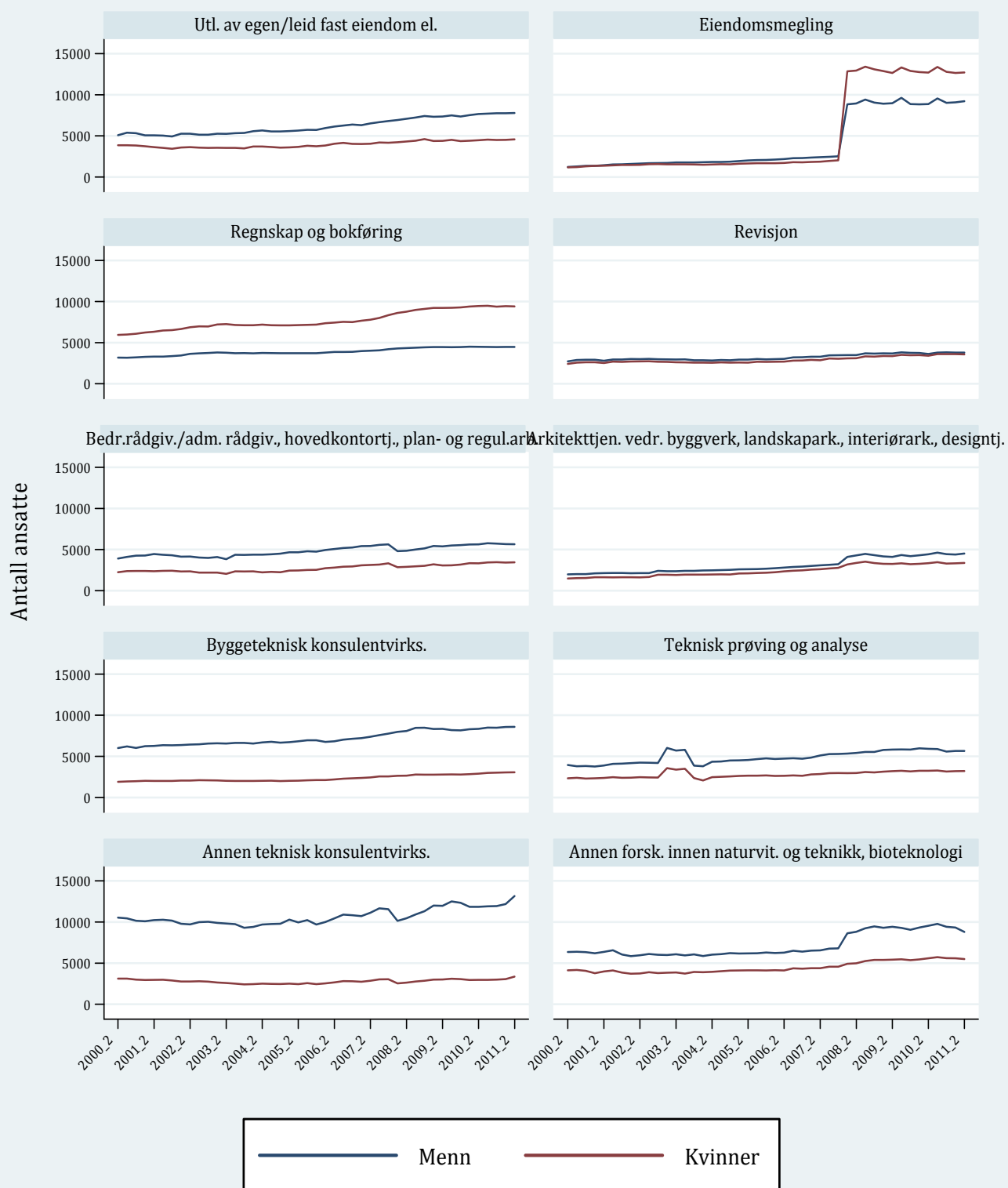
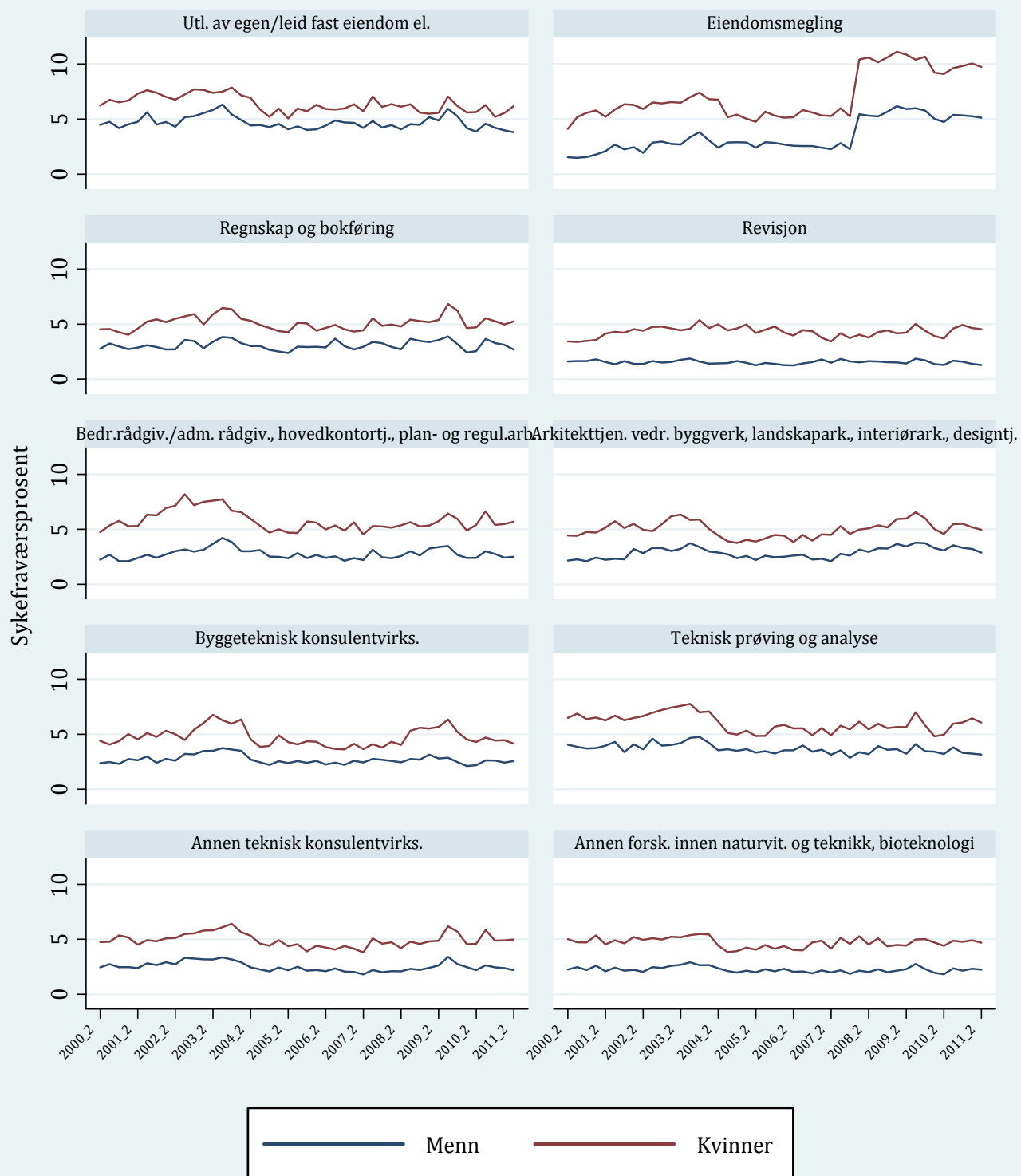
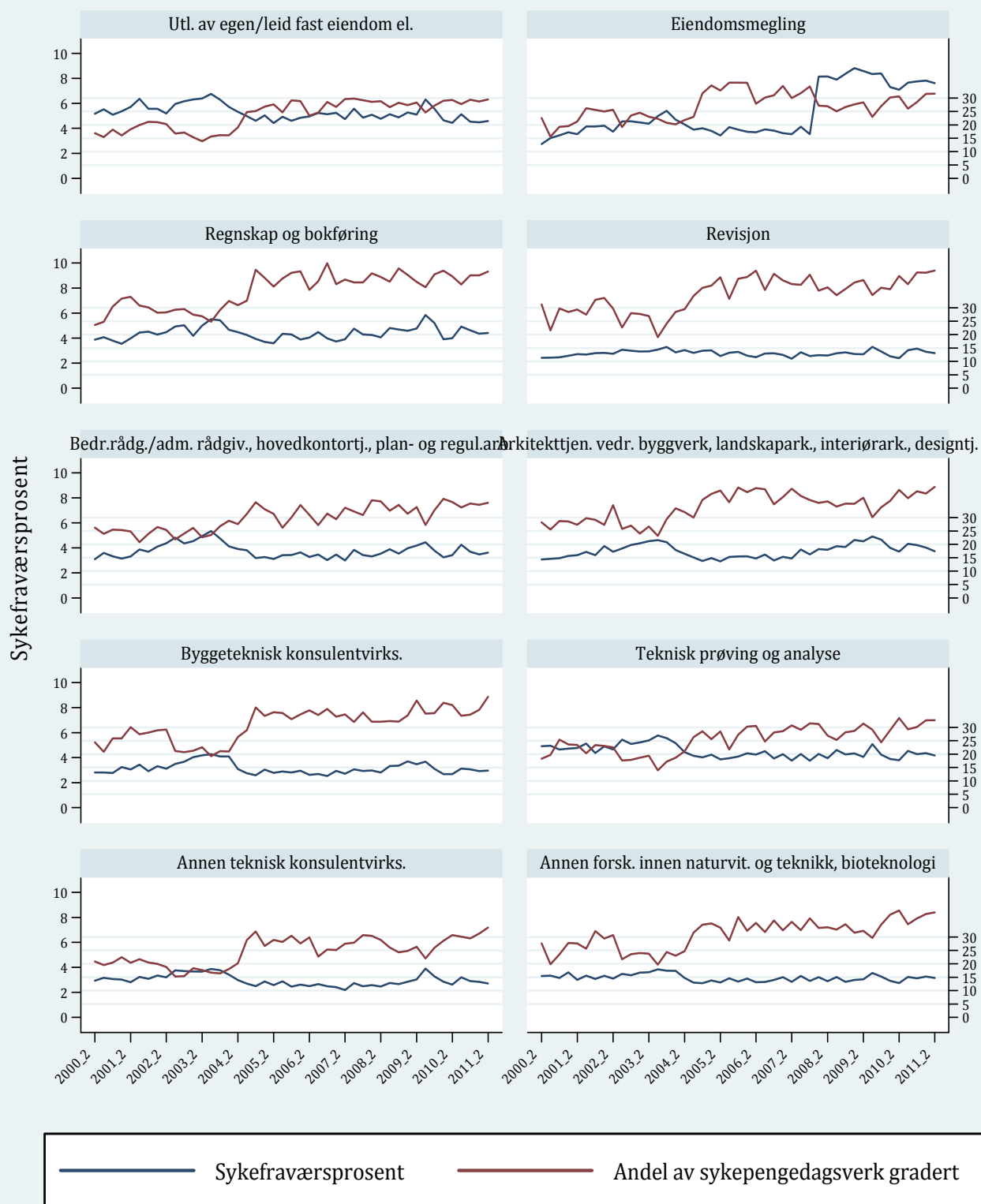


Fig 47: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting. Næringer med mer enn 7 300 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 48:** Sykefraværsprosent i detaljerte næringer under hovednæring Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting. Næringer med mer enn 7 300 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 49: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting. Næringer med mer enn 7 300 ansatte 2. kvartal 2011.**

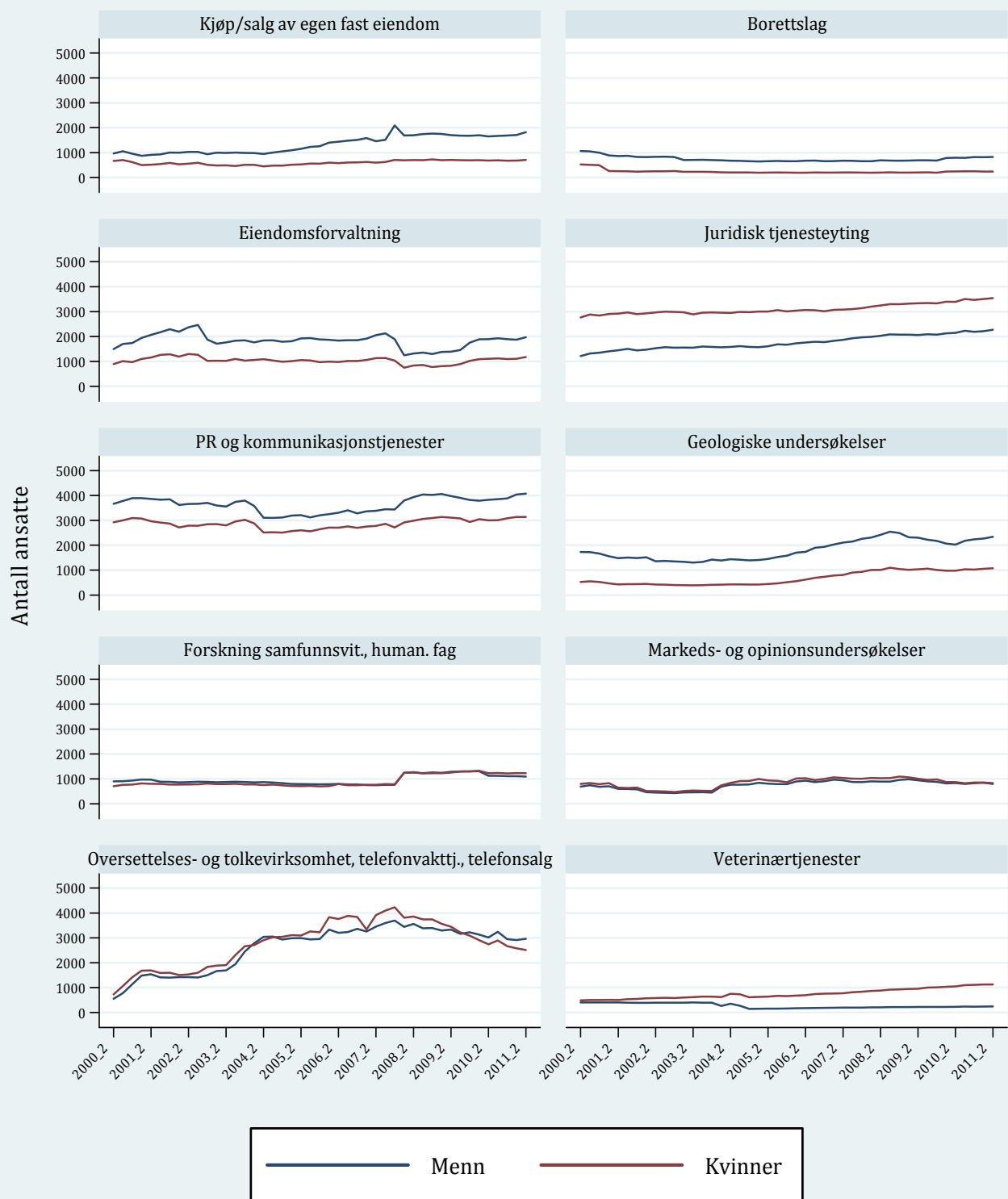


Fig 50: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednærings Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting. Næringer med mellom 1 000 og 7 300 ansatte 2. kvartal 2011.

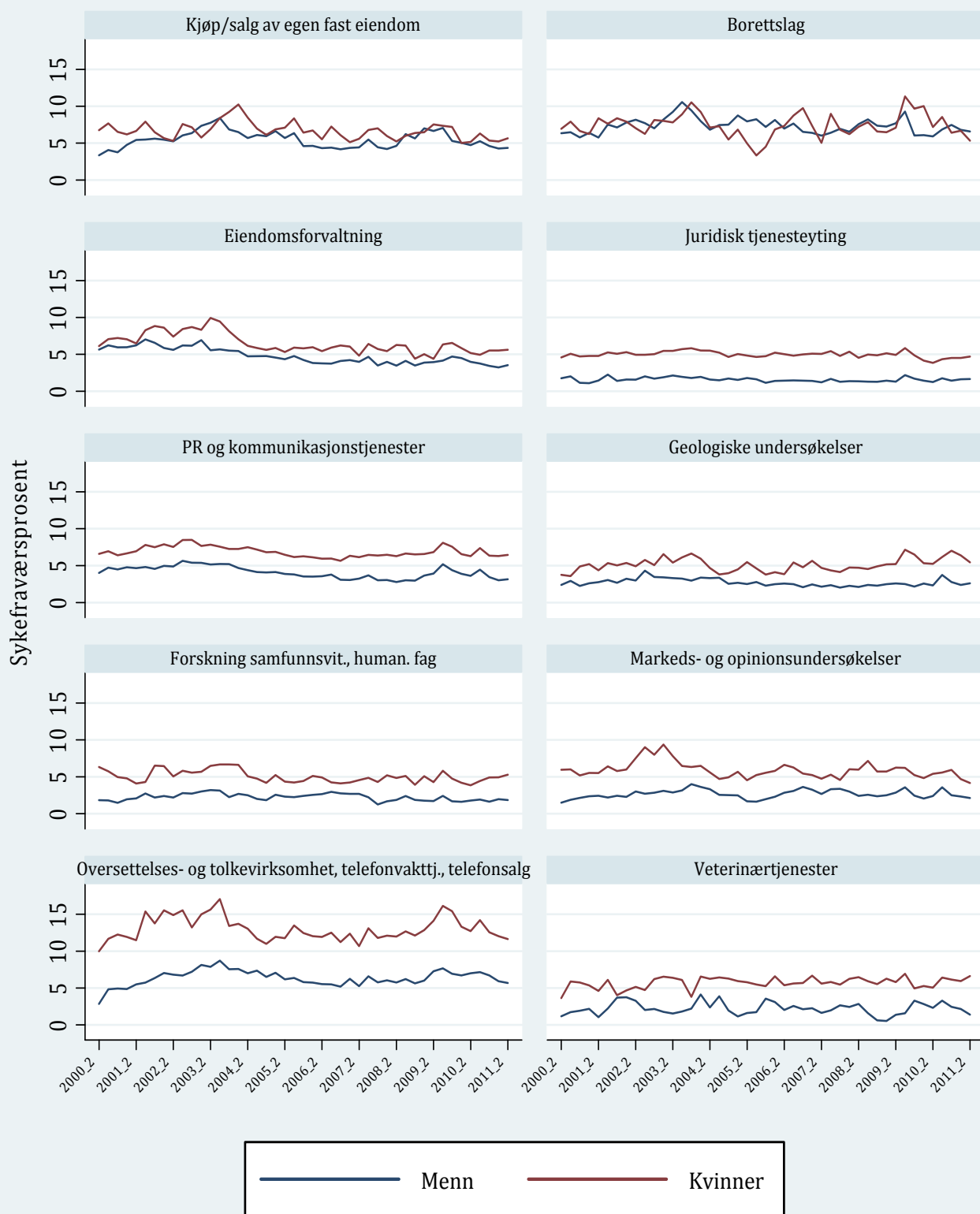
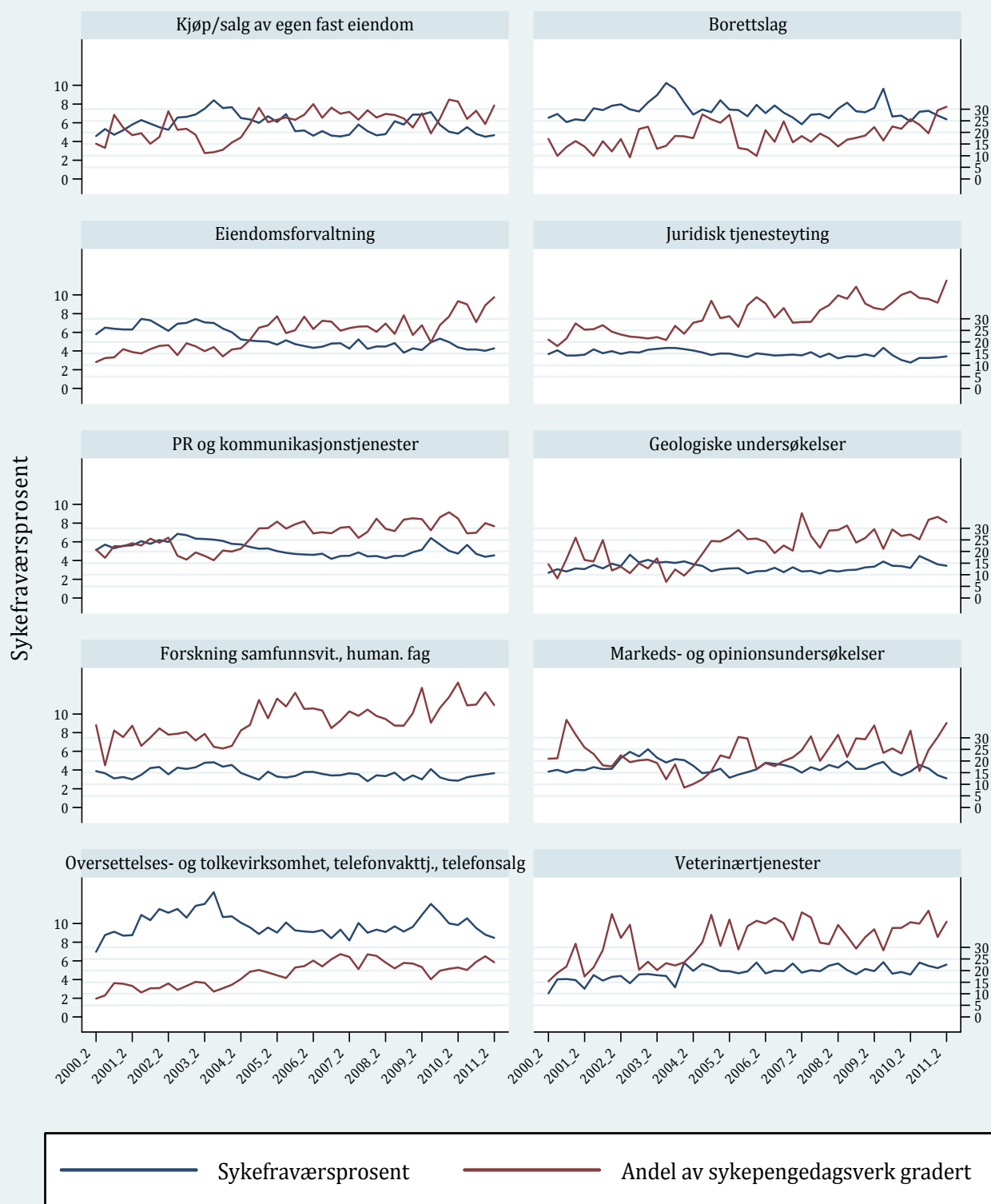


Fig 51: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednærings Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting. Næringer med mellom 1 000 og 7 300 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 52: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Eiendomsdrift, teknisk tjenesteyting. Næringer med mellom 1 000 og 7 300 ansatte 2. kvartal 2011.**



## FORRETNINGSMESSIG TJENESTEYTING

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Utleie av arbeidskraft	39 767	62	39
Rengjøringsvirksomhet	22 102	44	22
Tjenester tilknyttet vaktjenester, ette	11 850	75	12
Forr.messig tj.yting ikke nevnt el.	6 963	54	7
Rekrutt./formidling av arbeidskraft	3 209	56	3
Reisebyråvirksomhet	3 119	27	3
Vaktmestertjenester	2 594	77	3
Inkasso- og kredittopplysningsvirks.	2 579	42	3
Utl./leas. Husholdningsvarer, sports- og	1 987	55	2
Utl./leas. bygge- og anleggsmask., laste	1 884	91	2
Utl./leas. andre mask./annet utstyr	1 634	83	2
Reisearrangørvirksomhet	1 200	33	1
Utl./leas. biler/andre lette motorv.	1 197	67	1
Turistkontorvirks./destinasj.selsk.	1 077	38	1
Pakkevirksomhet	311	59	0
Utl./leas. Land-, luft- og sjøtransportm	79	68	0
Utl./leas. kontor- og datamaskiner	34	56	0
Utl./leas. landbruksmaskiner og -utstyr	12	75	0
Totalt	101 598	58	100

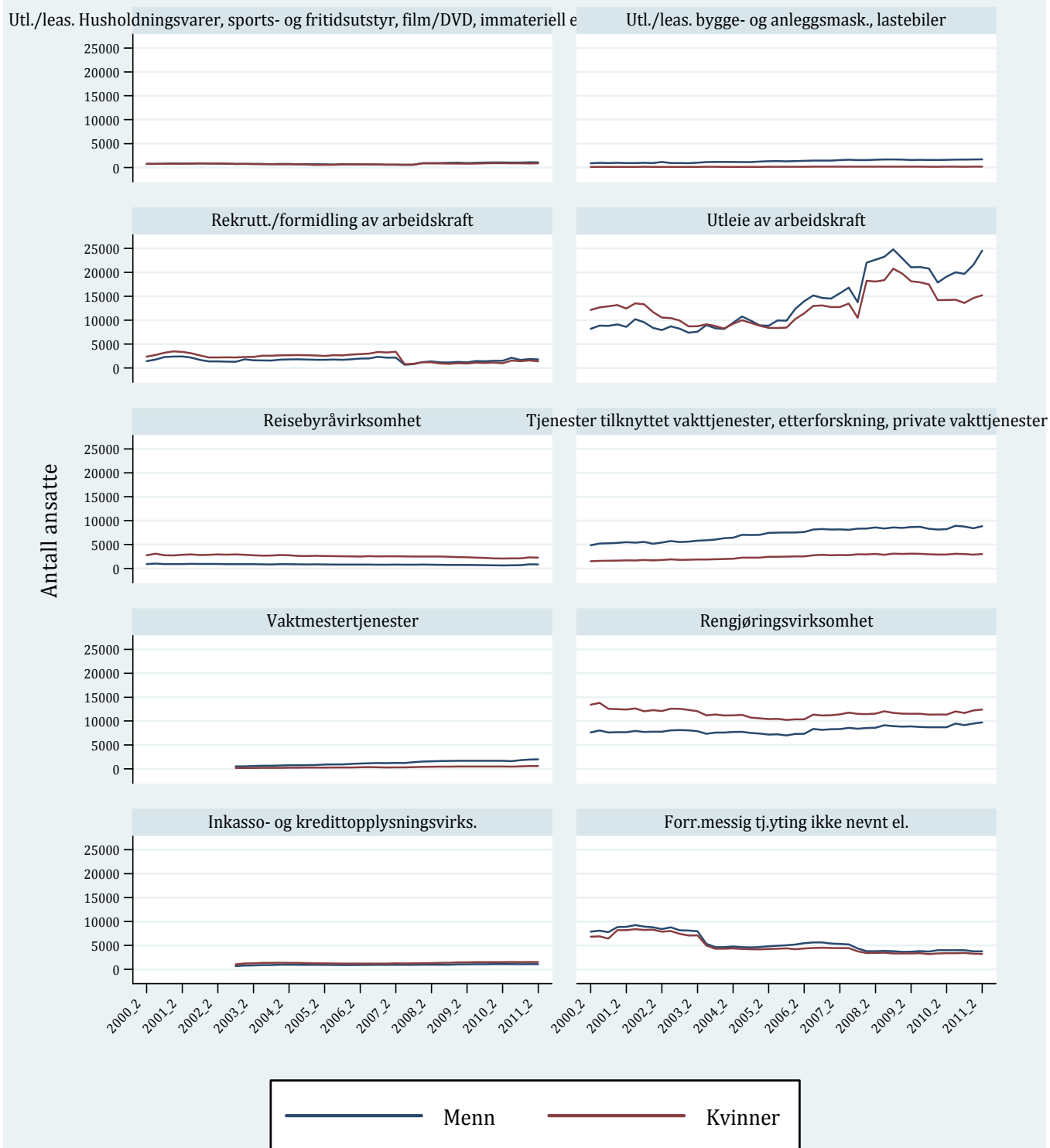


Fig 53: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Forretningsmessig tjenesteyting.



Fig 54: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Forretningsmessig tjenesteyting.



Fig 55: Sykefraværsprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Forretningsmessig tjenesteyting.

## OFF. ADM., FORSVAR, SOSIALFORSIKRING

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Generell offentlig administrasjon	43 002	37	29
Forsvar	21 269	81	15
Off.adm. nær.virks. og arb.marked	20 006	58	14
Off.adm. helse, sos.virks. m.m.	18 782	34	13
Politi- og påtalemyndighet	16 406	58	11
Sosialforsikring, trygd	13 206	29	9
Retts- og fengselsvesen	6 842	50	5
Brannvern	4 943	92	3
Utenrikssaker	1 804	48	1
Totalt	146 260	50	100

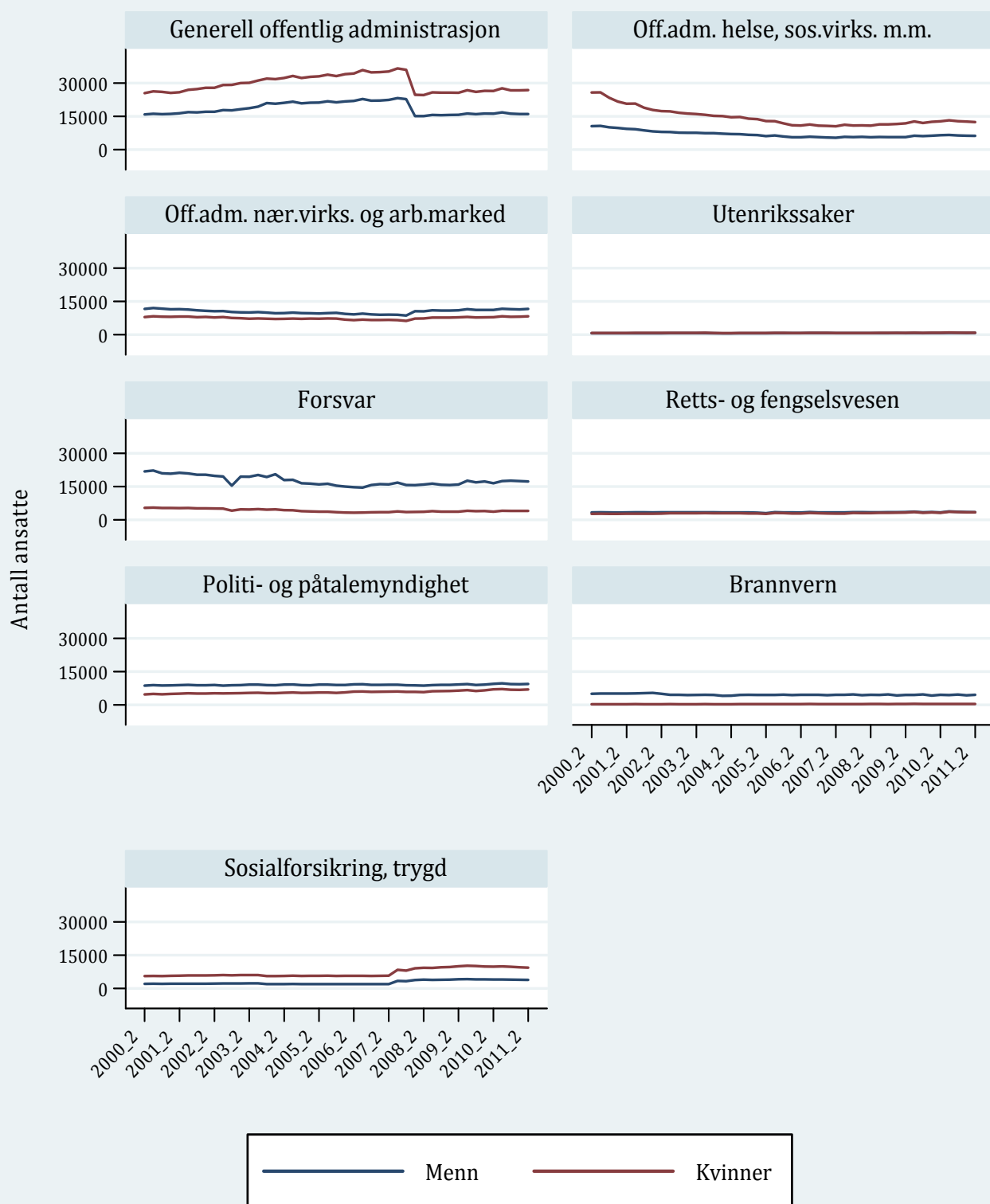


Fig 56: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring.

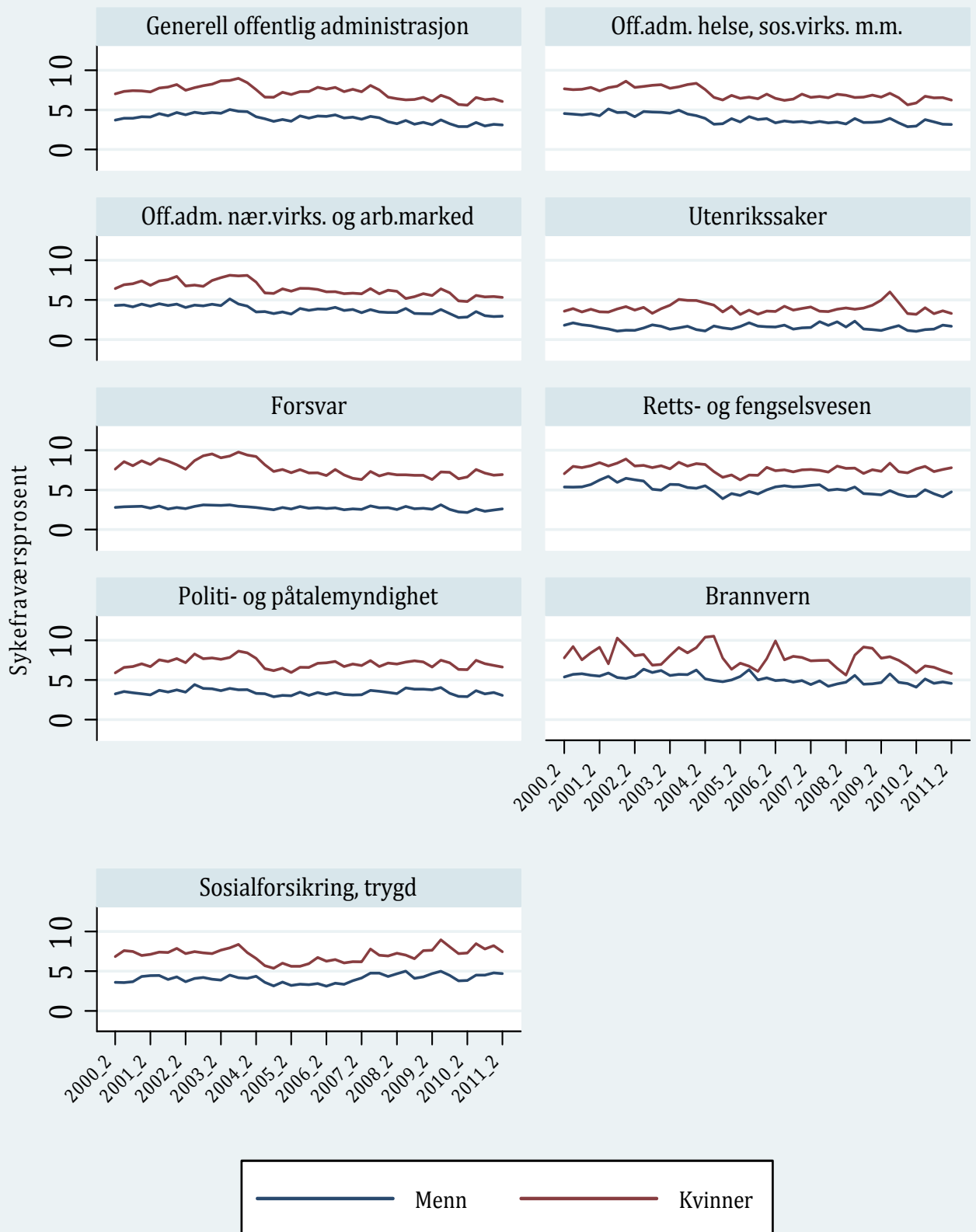


Fig 57: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring.

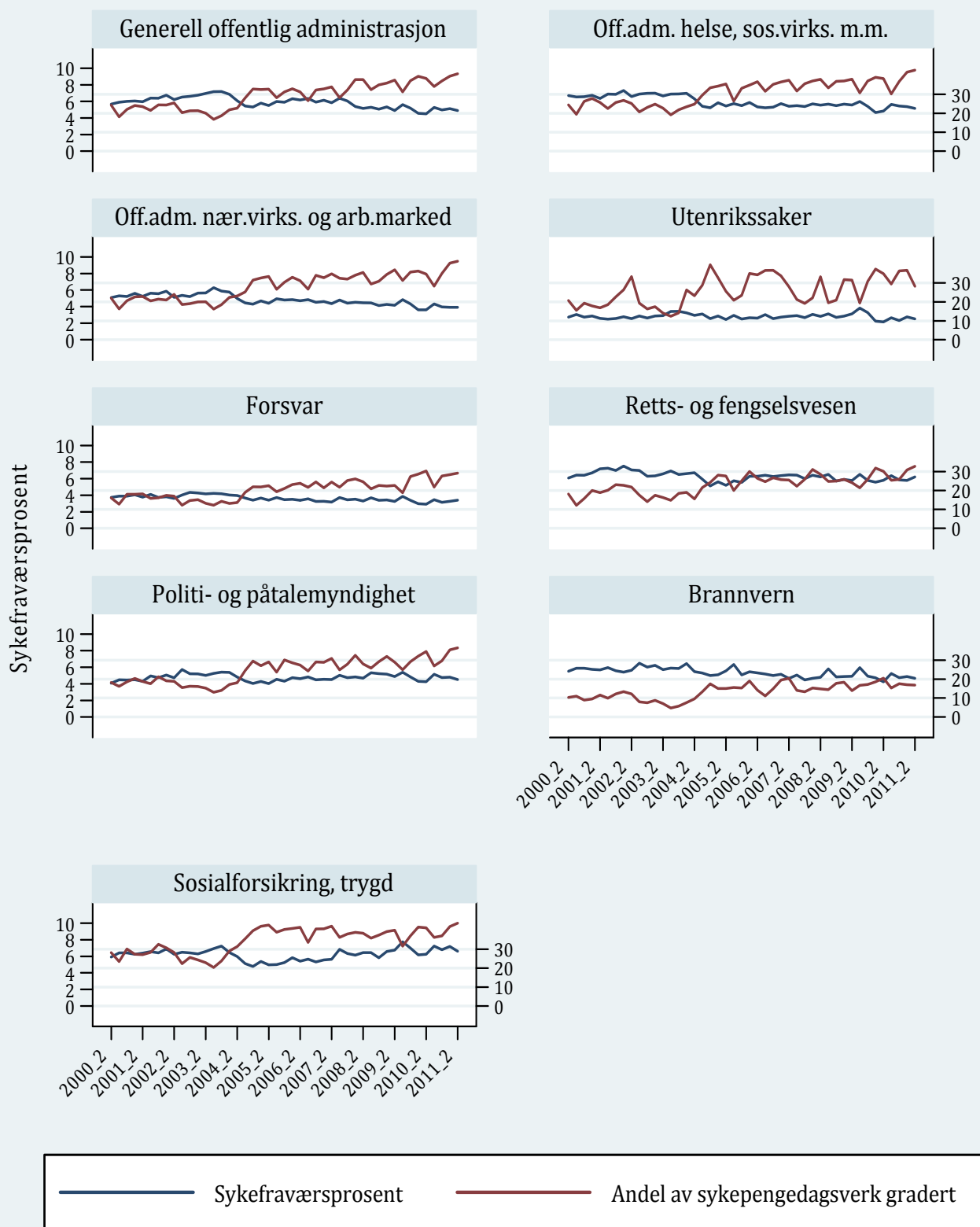


Fig 58: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Offentlig administrasjon, forsvar og sosialforsikring.



## UNDERVISNING

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Ordinær grunnskoleundervisning	99 391	25	48
Undervisning ved universiteter	24 554	53	12
Undervisn. ved fagskoler og i tekn./yrk	23 944	47	12
Undervisning i allmennfag	18 421	44	9
Annen undervisning, voksenopplæringssett	13 637	38	7
Underv. ved statlige høgskoler	9 726	44	5
Spesialundervisning, PP-tjeneste, komp.s	7 873	21	4
Underv. ved andre høgskoler	5 160	48	2
Trafikkskoleundervisning	2 008	62	1
Folkehøgskoleundervisning	1 790	43	1
Studieforb.- og friv. organ kurs	974	32	0
Totalt	207 478	0	100

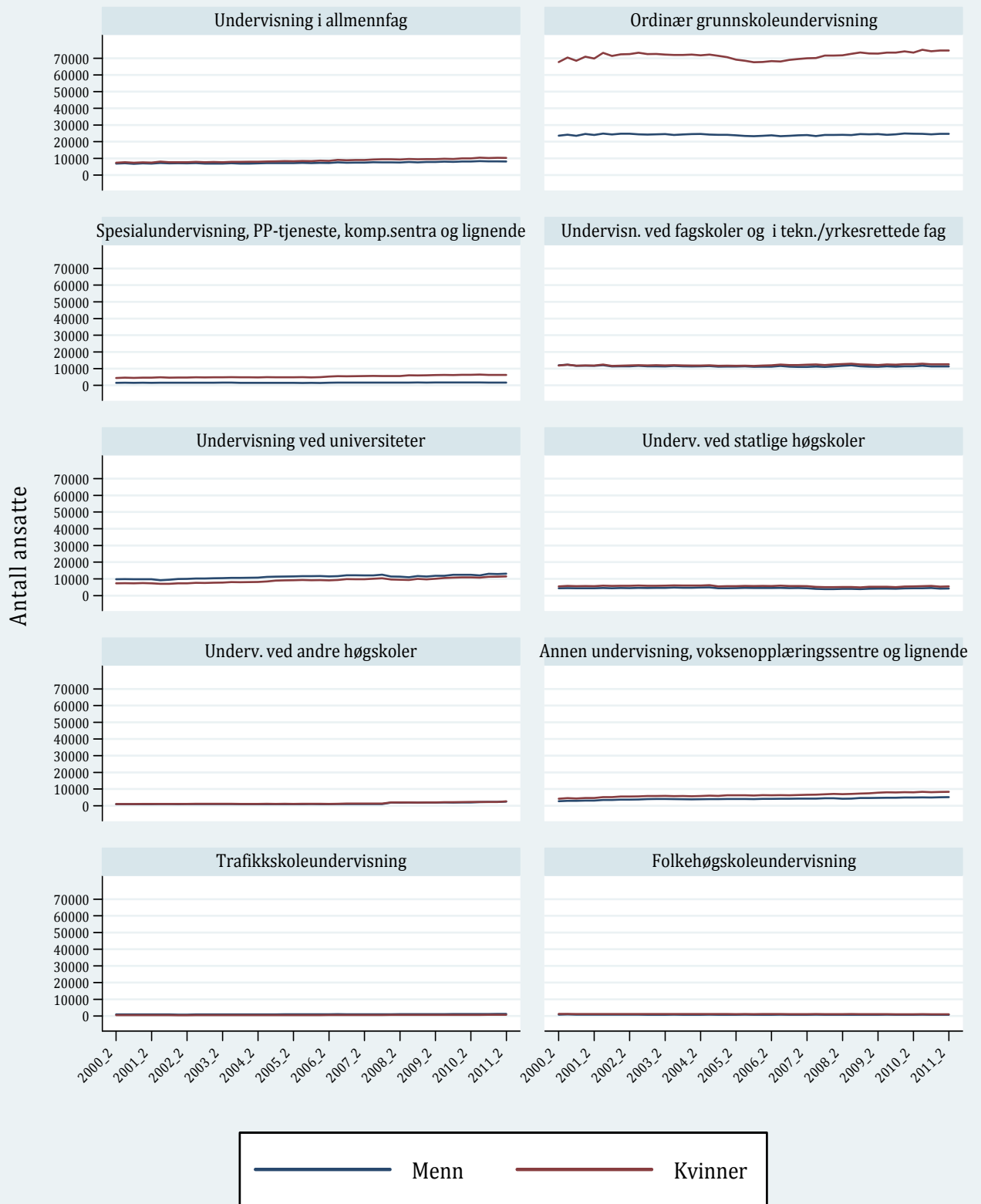


Fig 59: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Undervisning.

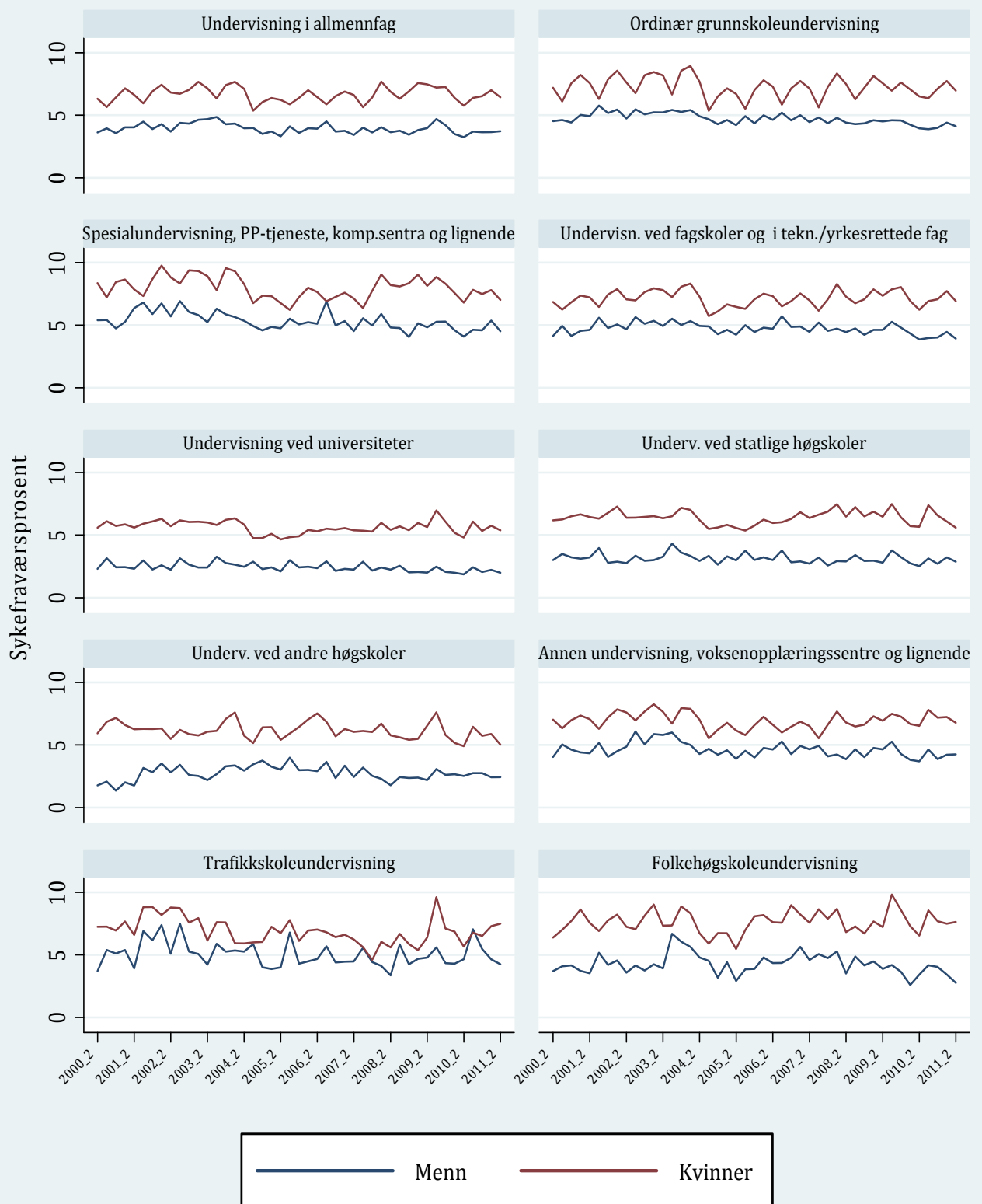


Fig 60: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Undervisning.

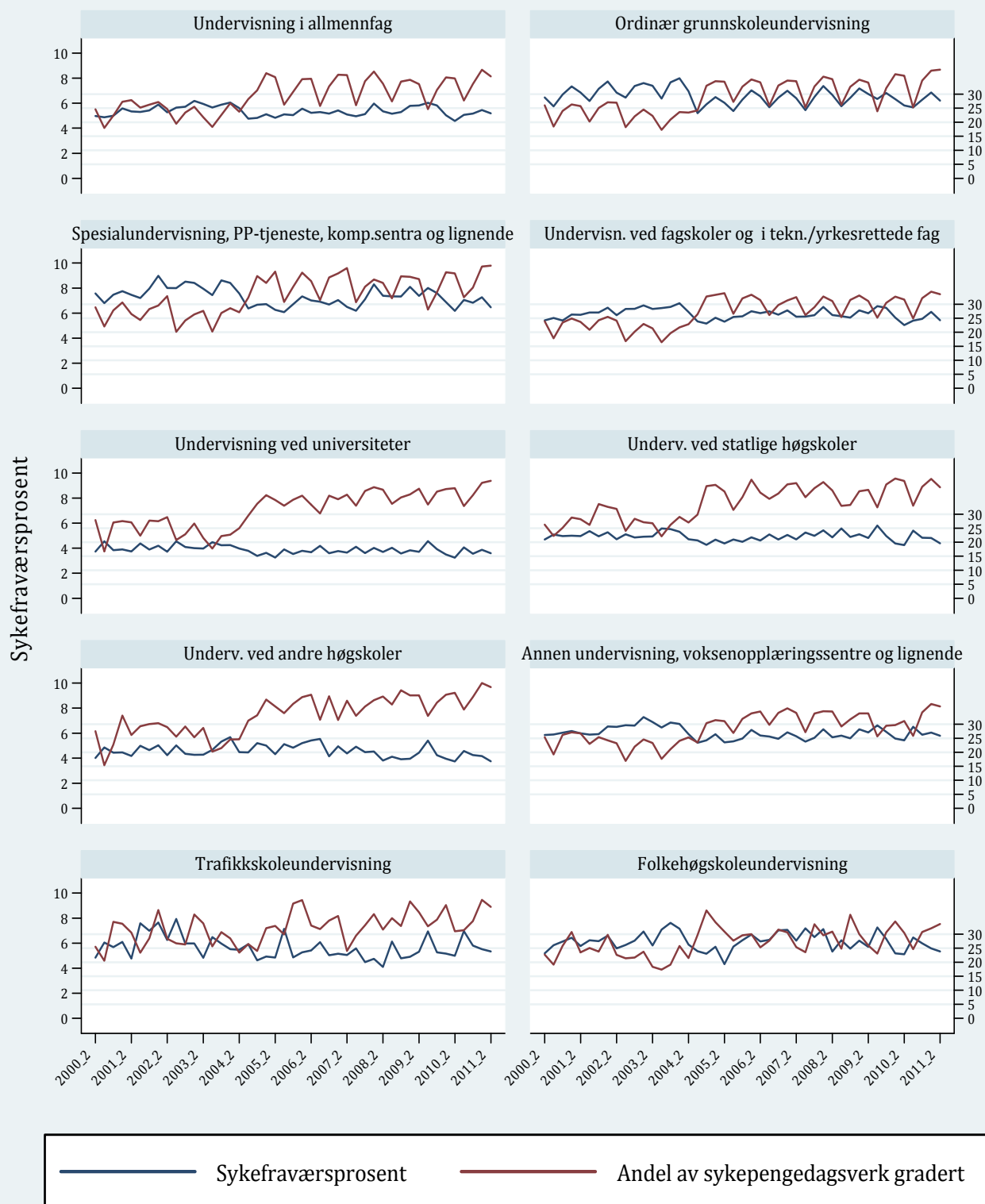


Fig 61: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Undervisning.

## HELSE- OG SOSIALTJENESTER

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Barnehager	88 567	9	17
Alminnelige somatiske sykehus	84 974	22	16
Somatiske sykehjem og spesialsykehjem	78 645	8	15
Heldøgns pleie eldre/funksjonshem.	58 068	19	11
Hjemmehjelp	35 828	13	7
Hjemmesykepleie	20 988	10	4
Inst. i psyk helsevern voksne	19 854	31	4
Skolefritidsordninger	15 395	0	3
Kommunale sosialkontortjenester og a. so	13 458	31	3
Arbeidsmarkedstiltak	12 137	54	2
Allmenn legetjeneste	10 847	17	2
Tannhelsetjenester	8 862	15	2
Barne- og familieverntjenester	8 368	18	2
Inst for barne- og ungdomsvern	6 968	43	1
Rehab.- og opptreningsinstitusjoner	6 796	20	1
Annen forebyggende helsetjeneste	5 847	25	1
Helsestasjons- og skolehelsetjeneste	4 998	7	1
Ambulansetjenester	4 612	66	1
Medisinske laboratorietjenester	4 063	21	1
Somatiske spesialsykehus	3 706	19	1
Sosiale velferdsorganisasjoner	3 251	34	1
Fysioterapitjeneste	3 013	20	1
Inst. psyk. helsevern barn/unge	2 523	27	0
Fritidsklubber for barn og ungdom	2 425	45	0
Poliklin. i psyk. helsevern voksne	2 369	23	0
Poliklin. i psyk. helsev. barn/unge	1 979	18	0
Andre helsetjenester	1 952	28	0
Spes.legetj., unnt. psykiatrisk	1 909	21	0
Sos.tj. rusmisbr. uten botilbud	1 310	38	0
Rusmiddelpoliklinikker	464	30	0
Psykiatriske sykehjem	184	24	0
Somatiske poliklinikker	174	18	0
Klinisk psykologtjeneste	173	40	0
Andre somat. spesialinstitusjoner	168	7	0
Barneparker og dagmammaer	141	0	0
Legetj. innen psykisk helsevern	103	34	0
Totalt	515 119	18	100

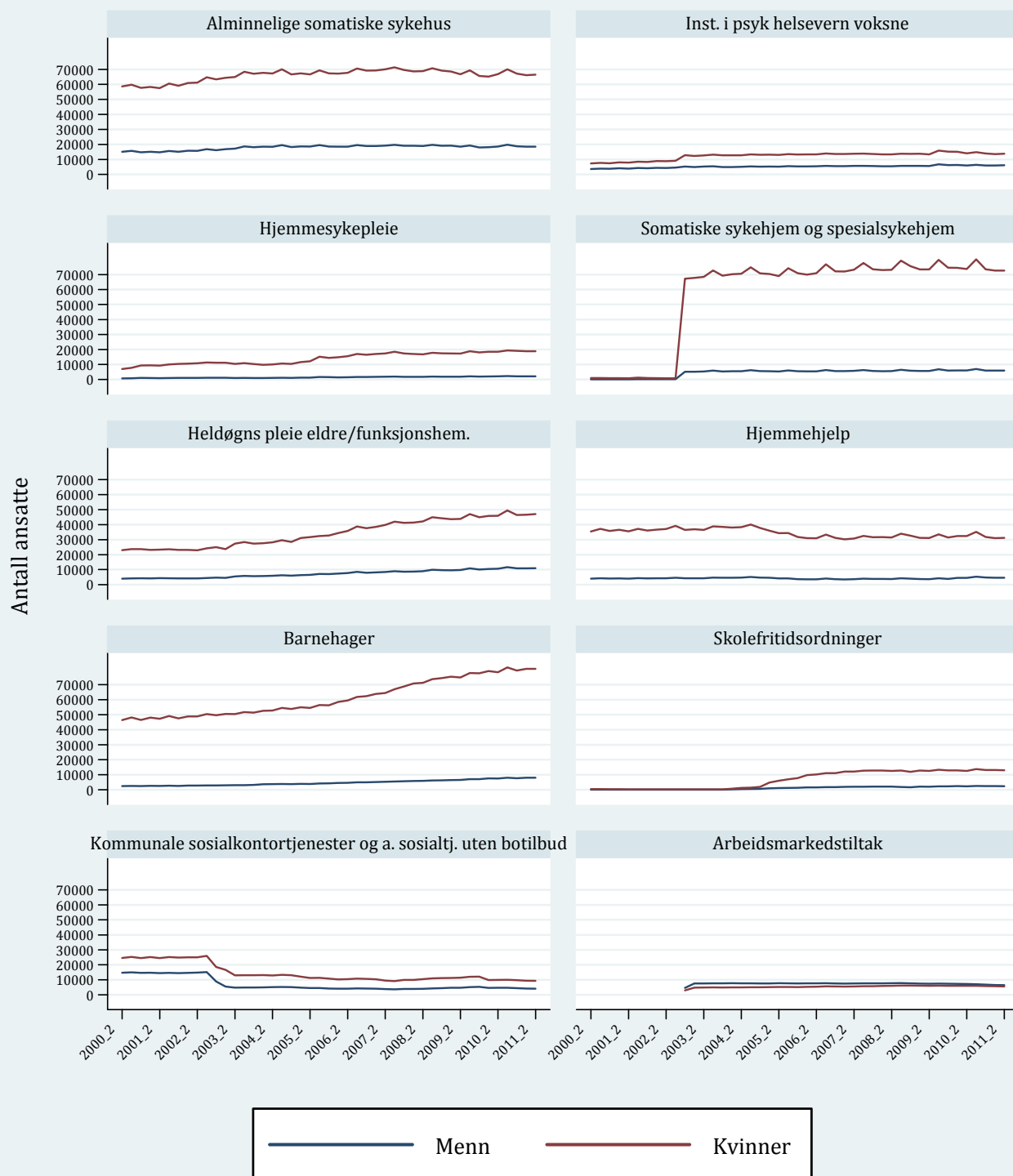


Fig 62: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Helse- og sosialtjenester. Næringer med mer enn 12 000 ansatte 2. kvartal 2011.

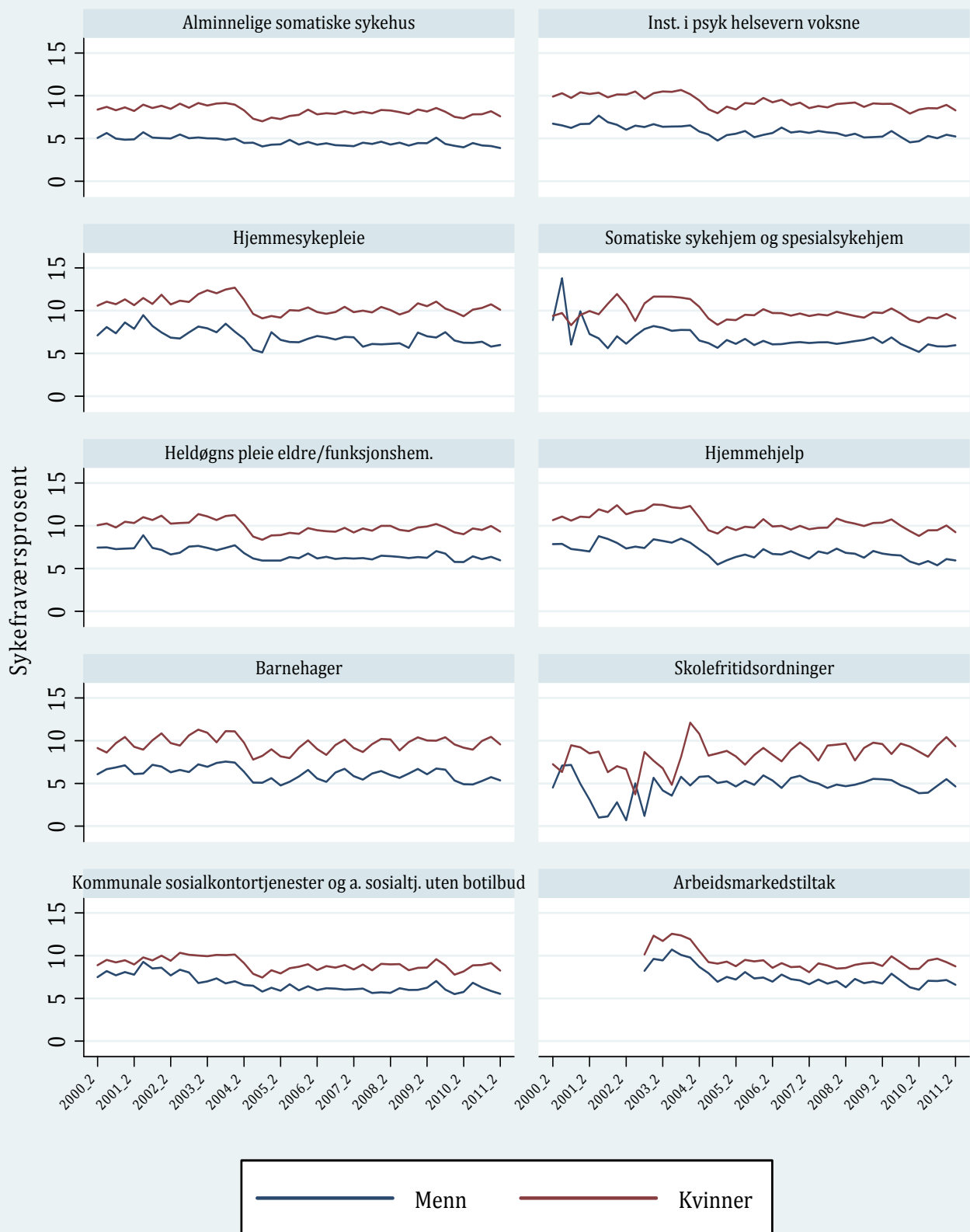


Fig 63: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Helse- og sosialtjenester. Næringer med mer enn 12 000 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 64: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Helse- og sosialtjenester. Næringer med mer enn 12 000 ansatte 2. kvartal 2011.**



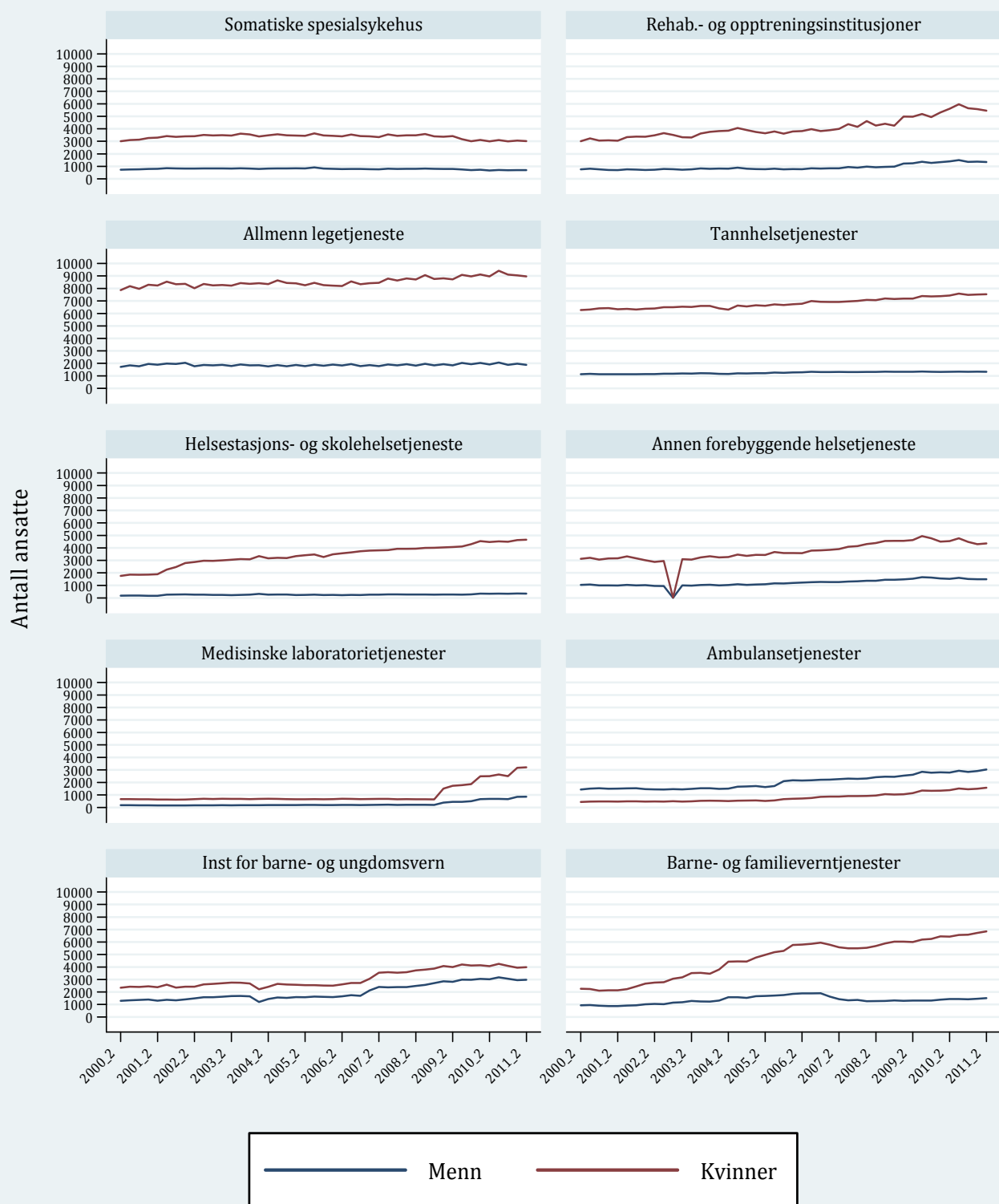
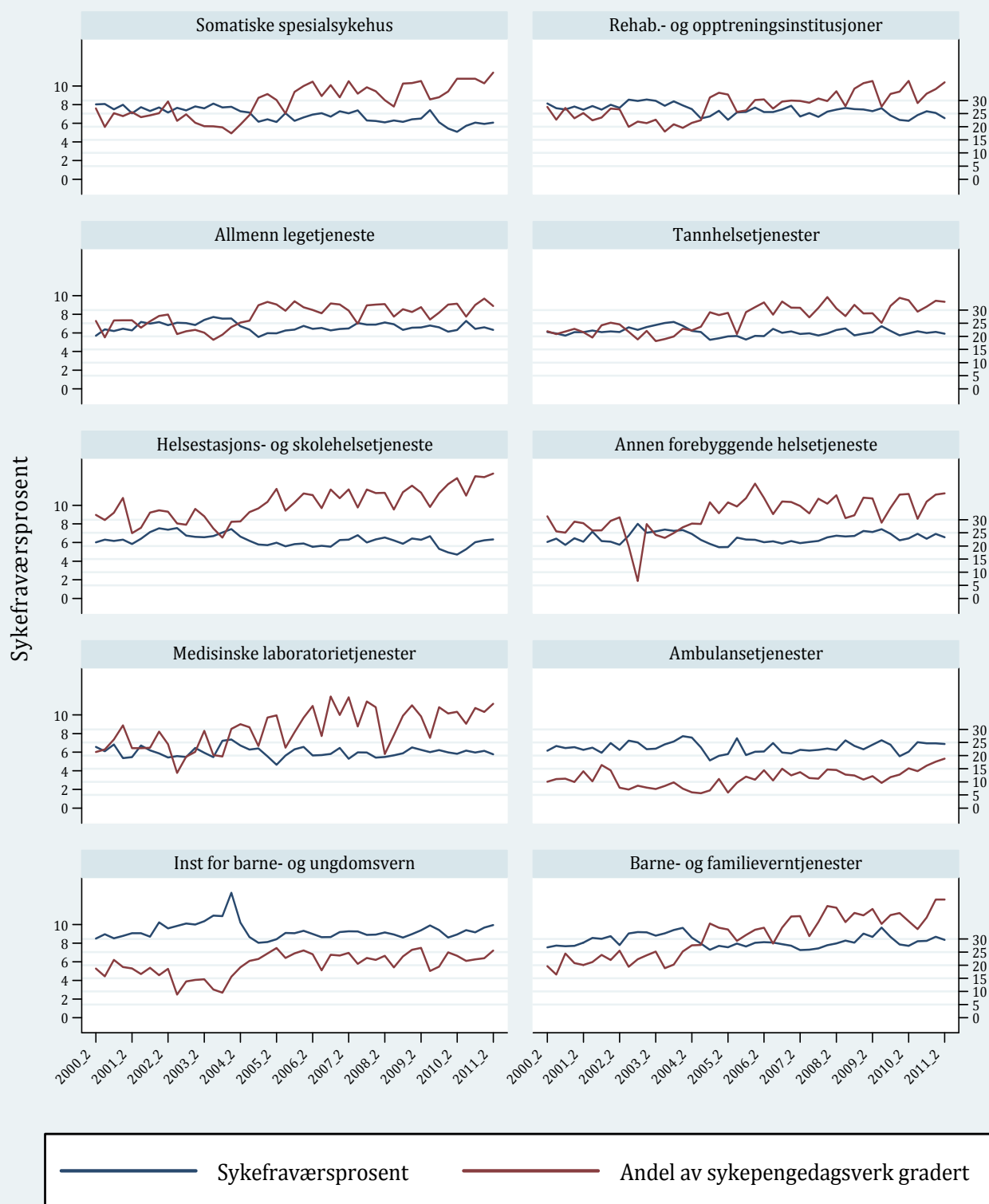


Fig 65: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednærings Helse- og sosialtjenester. Næringer med mellom 3 700 og 12 000 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 66: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Helse- og sosialtjenester. Næringer med mellom 3 700 og 12 000 ansatte 2. kvartal 2011.**



**Fig 67: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Helse- og sosialtjenester. Næringer med mellom 3 700 og 12 000 ansatte 2. kvartal 2011.**

## PRIVATE TJENESTER ELLERS

	Totalt	Andel menn	Andel av alle årsverk
Frisering og skjønnhetspleie el.	11 448	6	16
Religiøse organisasjoner	11 133	52	15
Drift av bot./zool. hager/naturres.	6 090	59	8
Interesseorganisasjoner ellers	5 246	41	7
Sport og idrett ellers	4 688	69	6
Selvst. kunstnerisk virksomhet	4 451	48	6
Drift av biblioteker og arkiver	4 159	25	6
Drift av museer og vern av historiske st	3 950	44	5
Arbeidstakerorganisasjoner	3 175	43	4
Næringslivs-/arbeidsgiverorg. mv.	2 718	48	4
Vaskeri- og renserivirksomhet	2 578	41	4
Sport- og fritidsvirksomhet mv.	2 286	53	3
Rep. av husholdningsverer el.	1 766	83	2
Lotteri og totalisatorspill	1 751	0	2
Begrav.byrå, kirkegårdsdrift mv..	1 481	61	2
Yrkessammenslutninger	1 142	38	2
Drift lokaler tilkn. kunst.virks.	941	49	1
Tjen. tilkn. underholdningsvirks.	850	56	1
Helsestudio og treningssentervirksomhet	795	22	1
Partipolitiske organisasjoner	643	51	1
Lønnet arbeid i private husholdn.	621	64	1
Fond/legat allmennyttige formål	301	43	0
Internasjonale organer	218	38	0
Personlig tjenesteyting el.	178	39	0
Rep. av skotøy og lærvarer	72	61	0
Totalt	72 681	43	100

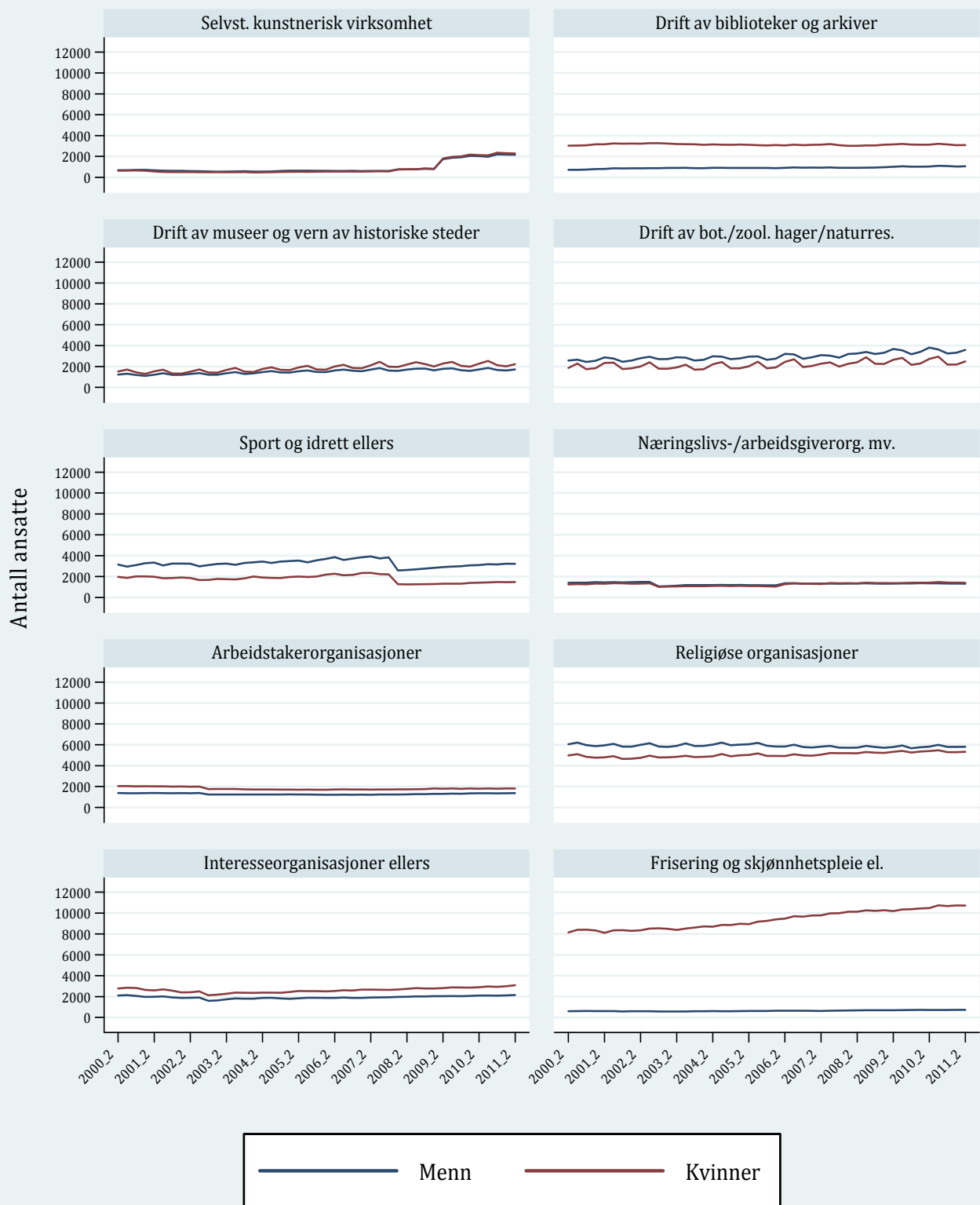


Fig 68: Antall ansatte i detaljerte næringer under hovednæring Private tjenester ellers. Næringer med over 2700 ansatte 2. kvartal 2011.



Fig 69: Sykefraværprosent i detaljerte næringer under hovednæring Private tjenester ellers. Næringer med over 2700 ansatte 2. kvartal 2011.



**Fig 70: Sykefraværprosent (samlet) og andel av dagene gradert (av alle sykepengedager) i detaljerte næringer for hovednæring Private tjenester ellers. Næringer med over 2700 ansatte 2. kvartal 2011.**

## Sykefravær – gradering og tilrettelegging

Denne rapporten tar opp en rekke problemstillinger knyttet til gradering av sykmeldte:

- Fakta om sysselsetting, sykefravær og gradering
- Tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen
- Økonomiske konsekvenser av tilrettelegging og gradering
- Incentiver for tilrettelegging og gradering
- Holdninger til sykefravær og gradering
- Legens rolle i sykmeldingsarbeidet
- BHT sin rolle i sykmeldingsarbeidet

For å belyse disse temaene benytter vi et bredt spekter av informasjonskilder:

- Tidligere forskning
- Registerdata fra NAV og SSB
- Intervjuer med virksomheter (ledere og ansatte)
- Intervjuer med NAV, BHT og leger
- Spørreundersøkelser til virksomheter (ledere og ansatte)

Vi finner store forskjeller i andelen som får delvis/gradert sykmelding mellom kvinner og menn og mellom ulike aldersgrupper, yrkesgrupper, utdanningsgrupper, sektorer og næringer. Det er typisk slik at de med høyest utdanning og størst fleksibilitet i jobbsituasjonen har høyere graderingsandel.

Sykefravær varierer i stor grad med sosial bakgrunn og særlig med utdanning. Det er systematisk slik at jo lavere utdanning, jo høyere sykefravær.

Økt bruk av graderte sykmelding skal bidra til å redusere frafall fra arbeidslivet. Det er de med høyt sykefravær som har størst risiko for å falle ut av arbeidslivet. Fordi det er lettere å tilrettelegge arbeidet, og dermed få til gradering for de med lav risiko for sykefravær, er gradert sykmelding ikke nødvendigvis et treffsikkert tiltak.