

# **Sykefravær og uføretrygd – et spørsmål om mer enn sykdom og sykkelighet**

**En kvalitativ studie av arbeidsfravær i Bodø  
kommune**

**av**

**Lise Lien**

**NF-rapport nr. 10/2007**

**ISBN-nr.: 82-7321-562-8**

**ISSN-nr.: 0805-4460**

REFERANSESIDE - Rapporten kan også bestilles via [nf@norsk.no](mailto:nf@norsk.no)

<b>Tittel</b> Sykefravær og uføretrygd – et spørsmål om mer enn sykdom og sykkelighet En kvalitativ studie av arbeidsfravær i Bodø kommune	<b>Offentlig tilgjengelig:</b> Ja	<b>NF-rapport nr.:</b> 10/2007
	<b>ISBN nr.</b> 978-82-7321-562-8	<b>ISSN</b> 0805-4460
	<b>Ant. sider og bilag:</b> 128	<b>Dato:</b> Oktober 2007
<b>Forfattere</b> Lise Lien	<b>Prosjektansvarlig</b> Lise Lien	
	<b>Forskningsleder (sign.):</b> Tina Luther Handegård	
<b>Prosjekt</b> Evaluering av utviklingen av pensjonering og pensjonsytelser i Bodø Kommunale Pensjonskasse	<b>Oppdragsgiver</b> Bodø kommune	
	<b>Oppdragsgivers referanse</b>	
<b>Sammendrag</b> Rapporten belyser årsaker til og prosessene rundt (syke)fravær og uføretrygding i Bodø kommune. Fokuset har spesielt vært rettet mot sosial og helsesektoren, SFO, barnehage og renhold. Det rettes et fokus mot strukturelle, organisatoriske og individuelle forhold. Målet har vært å belyse de prosesser og opplevelser og refleksjoner involverte aktører har knyttet til fraværsløp. Det gjennomgående perspektivet er samhandling og samspill mellom faktorer. Metodisk tilnærming har vært intervjuer med involverte aktører. Undersøkelsen viser noe av den kompleksiteten som omgir feltet sykefravær. Enkeltindividets fravær fra arbeid kan ikke alltid knyttes til egen sykdom, men kan også knyttes til summen av belastninger i privatliv og i arbeidsliv. Samtidig ser det ut til at fokuset i debatten i for stor grad er rettet mot sykefravær, som er den eneste legitime grunnen til fravær, og i for liten grad er rettet mot fravær. En del fravær er ikke sykdomsrelatert og de virkemidlene som da blir benyttet for å få ned fraværet treffer i liten grad. Arbeidsbetingelser og ledelse kan være faktorer som bidrar til fravær. Det samme kan helse- og velferdstjenestenes organisering.	<b>Emneord</b> Sykefravær, sykenærvar, arbeidsfravær, arbeidsnærvar, arbeidsbetingelser, psykososialt arbeidsmiljø, arbeidskonflikter, ledelse, inkludering, ekskludering, tilrettelegging, helse, sykdom, sykemelding, dialogmøter, legerollen, arbeidsevne, funksjonsevne, uførhet, det "nye" arbeidslivet, New Public Management	
	<b>Keywords</b> Long term sick leave, short term sick leave, work-related sick leave, working conditions, illness, psycho-social work environment, work related conflicts, management, inclusion, exclusion, health, work capacity, functional capacity, disability, New Public Management, workload	
<b>Andre rapporter innenfor samme forskningsprosjekt/program ved Nordlandsforskning</b>	<b>Salgspris</b> NOK 150,-	

Nordlandsforskning utgir tre skriftserier, rapporter, arbeidsnotat og artikler/foredrag. Rapporten er hovedrapport for et avsluttet prosjekt, eller et avgrenset tema. Arbeidsnotat kan være foreløpige resultater fra prosjekter, statusrapporter og mindre utredninger og notat. Artikkel/foredragsserien kan inneholde foredrag, seminarpaper, artikler og innlegg som ikke er underlagt copyright rettigheter.

## FORORD

Bodø kommune har et relativt høyt sykefravær innenfor sektorene sosial og helse, SFO, renhold og barnehagesektoren, og de har også en relativt høy andel som har blitt uføretrygdet de senere årene. Dette bekymrer kommunen og de ønsket derfor å øke sin kunnskap om årsakene til dette. På grunn av prosjektets størrelse og økonomi har jeg valgt å fokusere på noen av årsakene til og prosessene rundt langtidsfravær, fordi langtidsfravær gjerne er starten på en uføretrygdingsprosess. Jeg hadde en antagelse om at årsakene til sykefravær er mange og komplekse og jeg har derfor valgt en relativt kompleks innfallsvinkel til denne problematikken. Hvis man skal forstå fravær kan man ikke bare knytte det til arbeidsrelaterte forhold, men også til mer overordnede strukturer og enkeltindividenes ressurser og private livssfære. Det har ikke vært rom for en dypere analyse av fenomenet sykefravær og uføretrygding, men undersøkelsen kan ses på som en kartlegging av årsaker til sykefravær. Undersøkelsen gir en pekepinn på hvor komplekst sykefraværsfeltet er og hvor vanskelig det kan være å gjøre noe med det til tross for gode intensjoner både politisk og hos arbeidsgiver. Men samtidig er det viktig å påpeke at Bodø kommune og politikere sammen kan skape bedre arbeidsbetingelser for de ansatte ved å legge arbeidsforholdene bedre til rette.

Undersøkelsen baserer seg på kvalitative data. Det er gjennomført intervjuer med 19 personer fordelt på virksomhetsledere, personer på rehabilitering/uføre, tillitsvalgte/verneombud, IA-rådgiver, fastleger og saksbehandlere i NAV. Jeg vil rette en stor takk til de som stilte opp. Uten deres velvilje ville ikke denne undersøkelsen vært mulig. Men jeg vil rette en spesiell og stor takk til de på rehabilitering/uføre som valgte å dele sin historie og opplevelse av sin unike sykemeldingsprosess med meg.

Jeg vil også rette en takk til Bodø kommune som ga meg muligheten til å gjennomføre dette prosjektet. De har vært svært hjelpelige og ikke minst velvillige når det viste seg at prosjektet ble forsinket. Jeg vil rette en spesiell takk til kommunens IA-rådgiver Unni Bøkestad Eide som har bidratt med informasjon når ønskelig.

Til slutt vil jeg takke min kollega Agnethe Wiborg for interessante og lærenyttige diskusjoner, og for faglige bidrag og innspill.

Bodø, oktober 2007

## INNHOOLD

<b>FORORD</b> .....	<b>1</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>10</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>12</b>
1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET .....	12
1.2 DET ”NYE” ARBEIDSLIVET .....	15
1.2.1 Bodø kommune og IA.....	18
1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING .....	19
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIV, BEGREPSAVKLARINGER OG ANALYSEMODELL</b> .....	<b>21</b>
2.1 ARBEIDSFRAVÆR - KORTTID, LANGTID OG PERMANENT/UFØRHET .....	22
2.2 DEN ANSATTE – MER ENN LØNNSMOTTAGER.....	24
2.3 KJØNN, UTDANNINGSNIVÅ OG ARBEID .....	25
2.4 FRISK, SYK, HELSE - RELATIVE OG KONTEKSTUELLE BEGREPER .....	27
2.5 ARBEIDSEVNE OG FUNKSJONSEVNE.....	29
2.6 ARBEIDSBETINGELSER OG ARBEIDSMILJØ .....	31
2.6.1 Tidlig avgang fra arbeidslivet – individuelle valg eller utstøting? .....	33
2.7 FRA NÆRVÆR TIL FRAVÆR – EN SAMMENSATT PROSESS .....	35
<b>3. FORSKNINGSDESIGN OG METODE</b> .....	<b>39</b>
3.1 RELIABILITET, GYLDIGHET OG GENERALISERBARHET .....	39
3.2 UTVALGET .....	40
3.3 DATAMATERIALET .....	40
3.4 ANALYSESTRATEGI .....	42
3.5 FORELIGGENDE DATA.....	44
<b>4. ARBEIDSORGANISASJONEN</b> .....	<b>45</b>
4.1 ARBEIDSBETINGELSER .....	45
4.1.1 Arbeid og fysiske krav.....	50
4.1.2 Bemanningsfaktoren og stillingsbrøker .....	51
4.1.3 Mer krevende omsorgsoppgaver.....	53
4.2 DET PSYKOSOSIALE ARBEIDSMILJØET OG ARBEIDSKONFLIKTER.....	56
4.3 LEDELSE.....	61
4.3.1 Ledelse og organisasjon .....	61
4.3.2 Inkludering - forebygging og tilrettelegging.....	63
4.3.3 Ansattes opplevelse av oppfølging og tilrettelegging.....	68
4.3.4 Virkemidler .....	71

<b>5.</b>	<b>DE MENNESKELIGE RESSURSER.....</b>	<b>74</b>
5.1	HELSE OG SYKDOM.....	74
5.2	HJEMMELIV – ARBEIDSLIV.....	83
5.3	TOLKNINGER OG MENINGER OM ÅRSÅKENE TIL SYKEFRAVÆR .....	84
5.3.1	<i>Arbeidsgivere, fastleger og NAV.....</i>	85
5.3.2	<i>Opplevelsene til de uføre/de på rehabilitering.....</i>	89
<b>6.</b>	<b>STRUKTURELLE FORHOLD.....</b>	<b>93</b>
6.1	ARBEIDSMARKEDET .....	93
6.2	VELFERDSTJENESTENES ORGANISERING.....	94
6.3	FASTLEGEORDNINGEN.....	95
6.4	SYKEMELDING – LEGENS ROLLE.....	96
6.5	LOVVERKET .....	97
6.5.1	<i>Arbeidsmiljøloven.....</i>	97
6.5.2	<i>Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv.....</i>	97
<b>7.</b>	<b>SAMHANDLINGEN MELLOM ARBEIDSGIVER, LEGE OG NAV .....</b>	<b>99</b>
7.1.1	<i>Dialogmøter.....</i>	99
7.1.2	<i>Legerollen og organisatoriske forhold .....</i>	100
7.1.3	<i>NAV og samarbeidet internt.....</i>	107
7.2	TIDSFÅKTOREN.....	109
<b>8.</b>	<b>OPPSUMMERING OG NOEN REFLEKSJONER .....</b>	<b>111</b>
	<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>120</b>
	<b>VEDLEGG 1 .....</b>	<b>124</b>
	<b>VEDLEGG 2 .....</b>	<b>126</b>

## SAMMENDRAG

I denne rapporten har fokuset vært på årsakene til og prosessene rundt fravær og uføretrygding i Bodø kommune innenfor sosial og helsesektoren (sykehjem og hjemmetjenesten), SFO, barnehage og renhold.

Sykefravær og uføretrygding er resultat av sammensatte prosesser knyttet til strukturelle, organisatoriske og individuelle forhold. Derfor rettes søkelyset mot disse nivåene ved å fokusere på rammebetingelsene for virksomhetene som disse prosessene foregår innenfor mot arbeidsorganisasjonen og de rammebetingelser og samhandlingsprosesser som foregår der samt på arbeidsgivere, tillitsvalgte/verneombud, saksbehandlere i NAV og fastlegers inntrykk og forståelse av feltet. I tillegg til dette er fokus på enkeltindivider på rehabilitering og uføre og deres individuelle og unike historie.

Ettersom målsettingen har vært å analysere de *prosesser* og de *opplevelser* og *refleksjoner* involverte aktører har i fraværsløp har jeg på grunnlag av dette forsøkt å kartlegge/identifisere hvilke faktorer som bidrar til kort og langt fravær fra arbeidet. De sentrale problemstillingene i dette prosjektet er:

- Hvilke prosesser og faktorer medvirker til:
  - Korttidsfravær
  - Langtidsfravær
  - Tilbakeføring til arbeid
  - Uføretrygd
  
- Hvordan er sammenhengen mellom disse faktorene og prosessene?

Dette er spørsmål av meget omfattende karakter. Av ressursmessige årsaker har det ikke vært mulig å foreta noen dypere analyse av materien. I tillegg til dette er det empiriske materialet begrenset, men det har allikevel gitt et innblikk i det komplekse feltet (syke)fravær faktisk er.

### **Metodisk tilnærming**

Rapporten baserer seg på kvalitative data hvor formålet er å få de ovennevnte involverte aktørers betraktninger, refleksjoner og historier rundt langtidsfravær og uføretrygding. En slik kvalitativ tilnærming er velegnet for å få dypere innsikt om et fenomen, samtidig som en i større grad kan fange samspillet mellom ulike faktorer. Formålet med slike intervjuer er å sammenstille informasjon fra flere

informanter, slik at man kan danne seg et mer helhetlig og sammenhengende bilde av et fenomen – i dette tilfellet årsakene til og sammenhengene mellom sykefravær og uføretrygning. Gjennom beretningene til ulike kategorier av informanter, kan vi få kunnskap om hvordan de ser på faktorer som fører til fravær fra arbeidet eller uførepensjon ut fra deres ulike posisjoner og perspektiver.

Det gjennomgående perspektivet i denne undersøkelsen er *samhandling og samspill mellom faktorer*. For det første er fokuset i undersøkelsen på samhandlingen mellom ulike parter som er del av en sykemeldings-/uføreprosess. For det andre inneholder lover og regler som omgir feltet også elementer av samhandling (og inkludering), spesielt etter endringen av Arbeidsmiljøloven, hvor flere av IA-avtalens punkter er innlemmet. Fravær kan være knyttet til forhold på den offentlige arenaen – da i relasjonen til arbeidsgiver (leder), til fastlege og til NAV, eller til den private arenaen som er knyttet til enkeltindividets relasjoner til familie og venner. Og ikke sjelden er det en kombinasjon av forskjellige faktorer på disse ulike arenaene og nivåene som kan utløse fravær.

Mye av dagens sykefraværarbeid fokuserer på arbeidsevne og funksjonsevne knyttet til posisjoner i arbeidsmarkedet. Siden det er flere parter som er involvert i denne vurderingen, og det er knyttet til bestemte sammenhenger, blir dette sett på som et relasjonelt og kontekstuel begrep. Det er legen som er ekspert på å måle funksjonsevnen, det er pasienten som er ekspert på egen helse, og det er arbeidstaker og arbeidsgiver som sammen kan få finne frem til den enkeltes arbeidsevne. Opplevelsen av dårlig helse er knyttet til mange ulike arenaer i livet, og ser man spesifikt på arbeidsplassen, er dårlig helse gjerne knyttet til mistriivsel, mellommenneskelige konflikter og manglende sosial støtte. Derfor helse/uhelse betraktet som et kontekstuel begrep.

Funnene i denne undersøkelsen viser at det er flere viktige arenaer og faktorer knyttet til sykefravær-/uføreprosessen. Det er knyttet til forhold i arbeidsorganisasjonen, de menneskelige ressurser, systemet og strukturelle forhold.

### **Arbeidsorganisasjonen**

Med unntak av renhold er både helse- og sosialsektoren, barnehager og SFO preget av emosjonelt arbeid. Det innebærer at arbeidstakeren står i en direkte samhandlingssituasjon med brukerne/tjenestemottagerne. Godt omsorgsarbeid krever at de ansatte byr på og tar i bruk sine følelsesmessige sider, for å identifisere brukerens behov. I hvor stor grad de ansatte får anledning til å yte god omsorg avhenger av hvilke arbeidsbetingelser de jobber under. Denne undersøkelsen viser at det er flere forhold som bidrar til arbeidsrelatert fravær: Arbeidsbetingelser som emosjonelt og fysisk belastende arbeid, lav grunnbemanning og små stillingsbrøker

samt mer krevende arbeidsoppgaver grunnet nye og tyngre brukergrupper. Samlet bidrar dette til en opplevelse av stress og utilstrekkelighet hos de ansatte.

De ansatte har opplevd store endringer i brukergruppene ved at de eldre som bor hjemme og de som er på sykehjem har blitt sykere og mer pleietrengende, og barna i barnehagene har blitt flere og yngre. I tillegg til dette har det i hjemmetjenesten kommet inn nye og tyngre brukergrupper som personalet må forholde seg til slik som brukere tilknyttet rus- og psykiatrifeltet. Dette har også bidratt til at trusler og vold har blitt en del av hverdagen for enkelte ansatte. Samtidig med de nye utfordringene har mange kommuner, inspirert av New Public Management, fokusert mye på effektivisering, nedbemanning og flatere organisasjonsstrukturer. De ansatte forventes å gjøre flere arbeidsoppgaver på kortere tid. Dette skaper en generell opplevelse av stress og utilstrekkelighet i arbeidshverdagen. Når de skal forklare årsakene til flere sykemeldinger i sektoren, trekker de frem flere faktorer knyttet til arbeidshverdagen. De fokuserer spesielt på tidspress, på lav grunnbemanning, små stillingsbrøker, arbeidsmiljøet, organisasjonsstruktur, ledelse og oppfølging av de ansatte i arbeidshverdagen og under sykmelding.

En annen viktig faktor som kan bidra til fravær eller nærvær handler om det psykososiale arbeidsmiljøet og arbeidsrelaterte konflikter. Problemer som det blir fokusert på i så måte er ledelse og konflikthåndtering, kjemi mellom ansatte og leder/kolleger og brukere/pasienter, om å bli sett og hørt, om stillingsbrøker og lojalitet og om møtet mellom de ansatte med lang fartstid og mye realkompetanse og de yngre med liten fartstid, men mye formalkompetanse. Måten organisasjonen håndterer disse tingene på vil dermed ha betydning for fraværet i organisasjonen.

Leder/ledelsen spiller en sentral rolle i arbeidsorganisasjonen knyttet til prosessen: ut-og-inn av arbeid – altså utstøting og inkludering. Leder har et tredelt ansvar overfor de ansatte. De har et faglig, et administrativt og et personalmessig ansvar. De har dermed et overordnet ansvar for å legge til rette for gode arbeidsbetingelser i arbeidsorganisasjonen. I hvilken grad de har forutsetninger for å gjøre dette på en god måte er knyttet til de rammebetingelsene lederen har å forholde seg til. Rammebetingelser handler da om økonomiske og personellmessige ressurser og hvordan virksomheten er organisert. Er budsjettene knappe, virksomheten kuttet til benet personellmessig og lederen i tillegg har ansvaret for 50-100 personer settes de i en skvis mellom uforenlige krav. Dette kan bidra til å slite ut lederen og i verste fall lede til sykefravær hos lederne. Lederne har flere virkemidler til rådighet ved fravær, men mye tyder på at disse virkemidlene ikke er tilpasset den arbeidshverdagen disse lederne befinner seg i, samtidig er arbeidets karakter av en sånn art at det rent praktisk er vanskelig å legge til rette for arbeidstakere med



nedsatt arbeidsevne. Man kan for eksempel ikke gradere et løft av et barn eller en pasient/bruker. Enten løfter man eller så løfter man ikke.

### **De menneskelige ressurser**

Den ansatte kommer til arbeidet med sine ulike bakgrunner og forutsetninger og det er i møtet mellom disse individuelle forholdene og arbeidsplassen årsaker til fravær kan oppstå. Informantenes opplevelse av helse og sykdom ser ut til å være tuftet på en forståelse av mennesket som et helhetlig, individuelt og pragmatisk vesen. Det innebærer at de fokuserer på hele sin livssituasjon når de skal beskrive hvordan de opplever egen helse. Det handler om privatlivet, møtet med "systemet" som fastleger, saksbehandlere i NAV og møtet med arbeidsplassen. Skal man få ned sykefraværet, er arbeidsorganisasjonen bare en av flere arenaer man kan sette inn tiltak for å få til dette. Det innebærer at andre etater og aktører også må ha menneskets totale livssituasjon i tankene når de møter enkeltmennesker med problemer hvis ikke kan dette medføre at det de beslutninger etat vedtar, kan bidra til fravær som en annen etat eller arbeidsgiver jobber for å unngå.

### **Systemet**

Det kan virke som om diagnose, behandlingstradisjon og behandlingsapparatet som sådan kan bidra til sykefravær. Det vises til at en sykdomsdiagnose, eller at noen får merkelappen "ufør", gjør noe med individenes selvforståelse. På en måte kan man si at de får tilskrevet en identitet som pasient som de lever opp til. Dette kan bidra til at terskelen for å komme tilbake i arbeid blir uoverkommelig. Langt fravær fra arbeidet bidrar i seg selv til at det kan oppleves vanskelig å komme tilbake. Det påpekes at måten behandlingsapparatet tradisjonelt har fungert på, har bidratt til å underbygge de defensive trekkene hos pasientene. For å få den ønskede behandling, er pasientene nødt til å vise at de er syk *nok*, og da kan behandlingen ha mer begrenset effekt. Systemet kan altså på mange måter bidra til å skape sykdom og innenfor demme sykdomsrammen tilpasser enkeltindividet seg dette systemet, for best mulig å kvalifisere seg for en ytelse. Samtidig kommer det frem at det fokuset som er på helse og arbeidsevne/friskhetsfaktorer når arbeidstakeren fremdeles er en del av arbeidsorganisasjonen, blir endret. Når personen er ute av arbeidsorganisasjonen, og blir en del av hjelpeapparatet, blir fokuset knyttet til uhelse og sykdom – altså faktorer som ikke vil bidra til å få personen inkludert i arbeidslivet igjen. Forebygging synes ikke å være en styrende mekanisme for denne delen av helsevesenets virkemåte.

Det pekes på utallige årsaker til at personer er borte fra arbeid og noe blir knyttet til legitimt fravær – altså klare medisinske diagnoser, noe blir knyttet til legenes rolle/sykemeldingspraksis og noe blir knyttet til de sykemeldtes motivasjon. Motivasjon blir i mange tilfeller knyttet til egenskaper ved individet og handler om

moral, verdier og holdninger, men studien viser at motivasjon i stor grad oppstår i møtet mellom mennesker og type arbeidsoppgaver/-betingelser.

### **Strukturelle forhold**

De strukturelle forholdene som arbeidsmarkedet, lover og regler og behandlingsapparatets organisering og virkemåte har samlet og hver for seg betydning for fravær. Det setter rammen rundt den samhandlingen som foregår mellom de ulike aktørene på ulike nivåer. Måten disse aktørene nærmer seg fenomenet fravær på vil dermed kunne ha betydning for hvordan sykefravær blir oppfattet og behandlet. Det viser seg at NAV i stor grad er preget av en reduksjonistisk forståelse av sykdom og dette får følger for pasienten og behandlingsapparatet som forstår sykdom og helse som mer et kontinuum og komplekst fenomen.

### **Samhandling – lege – nav - arbeidsgiver**

I forlengelsen av de strukturelle forholdene som omgir feltet viser studien at samhandlingen mellom lege, nav og arbeidsgiver i det store og hele fungerer greit. Problemene ser ut til å handle om ulike oppfatninger av årsakene til fravær og legenes manglende kunnskaper om den enkelte pasients arbeidsplass. Dialogmøter er en samhandlingsarena som er opprettet i det øyemed å få partene sammen slik at de samlet kan komme frem til gode og hensiktsmessige løsninger. Det er flere problemer knyttet til disse møtene. Legenes arbeidshverdag er i liten grad slik at denne type møter oppfattes som hensiktsmessige, og dette er knyttet til organisatoriske forhold. Saksbehandlerne i NAV finner de nyttige, men mener de kommer for sent samtidig som de erkjenner at de av organisatoriske årsaker ikke har anledning til å komme tidligere inn i et fraværsforløp. Nyttien av disse møtene ser også ut til å være knyttet til den åpenhet som preger dialogen i disse møtene. Ønsker arbeidstaker ikke si noe om hva de egentlige årsakene til fraværet skyldes, vil slike møter ofte ikke resultere i at de riktige tiltakene blir satt i verk. For lederne ser møtet ut til å ha en avklarende funksjon i forhold til hva arbeidstaker er i stand til å gjøre samtidig som møtene er med på å legitimere arbeidstakers fravær.

### **Arbeidsfravær og -nærvær, sykefravær og -nærvær**

Det er ting som kan tyde på at fokuset i sykefraværsdebatten er for snevert rettet mot sykdom og konkrete sykdomsdiagnoser. Alle krefter settes inn på å få ned sykefraværet, mens en stor del av fraværet faktisk ikke handler om sykdom. Fokuset bør antakelig derfor i noen sammenhenger i større grad rettes inn mot et mer generelt fokus på *fravær*. Hvis utgangspunktet for tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen er knyttet til en vond skulder, men den vonde skulderen skyldes kroppslige reaksjoner på problemer på hjemmearenaen vil denne type tiltak ikke ha noen effekt. Det eneste som skjer er at virksomhetslederne opplever maktesløshet i

sitt forsøk på å tilpasse arbeidet til arbeidstakeren – noe som er dømt til å mislykkes fordi utgangspunktet for tilretteleggingen er feil. Denne studien viser at det er mye som tyder på at arbeidsgiver bør sette trykket inn på arbeidsnærvær og sykenærvær fremfor sykefravær. Det betyr at som arbeidsgiver er det først og fremst organisatoriske forhold som bør fokuseres på. Da må man først og fremst ta tak i de forhold som man vet skaper godt arbeidsmiljø og gode arbeidsbetingelser. Gode arbeidsorganisasjoner hvor arbeidstakerne trives vil være en god begynnelse for å skape et lavere arbeidsrelatert fravær.

## SUMMARY

The municipality of Bodø has a relatively high percentage of sick leaves in the health care sector, kindergartens, after-school programmes (SFO) and cleaning. A relatively high proportion of the employees in the municipality have ended their career in the labour market on a disability pension. The local authorities wanted more knowledge about the reasons for this situation. In this project the focus is on different causes and dynamics related to different contexts in the process from short term absence or sick leave to permanent absence from the labour market on a disability pension. This involves individual, relational and institutional factors related to the work place and the health care system. Being sick is the only legitimate reason for being absent from work, however the reasons people have for being absent from work are related to more than illness and injury.

The study is based on qualitative data from interviews with 19 persons; both employees who have been on short term and long term sick leave and employees who are on disability pension, managers in the above mentioned sectors, union representatives, physicians, labour market advisers and representatives of the Work and Welfare Service (NAV).

An important factor influencing this part of the labour market is New Public Management (NPM). This implies that there is more emphasis on economy and efficiency with a focus on management, indirect control and on those who receive the services. The employees experience this in their workday by a reduction in number of employees in the different units and a higher degree of work load. In addition to the increased physical labour this involves, the work is emotionally demanding. In the new labour market the organisations are being slimmed and the hierarchies are built down as the middle level managers disappear. The tasks and responsibility, but no power nor money, are being delegated to the employees. At the same time as the working conditions have become more demanding there is, both on the national level and on the local level, more emphasis on creating a more including labour market through the Agreement on an Including Labour Market, where reducing the long term sick leave and rate of disability pension are important goals.

In order to understand the processes resulting in temporal absence from work which might lead to permanent absence, different stages in the process are discussed. The focus is first on the work place where the importance of the organisational and psycho-social aspects, management and the work load for sick leave are discussed. The health situation of the employee is in this context

considered as an outcome of the relationship between the work place and the employee as a whole human-being - including factors related to family life. The focus in the organisation when an employee starts dropping out of work, due to illness or personal problems, is on the employee's work ability. The main focus is so to speak on the healthy part of the individual.

The next step is when the employee is on long term sick leave. The only legitimate reason for absence from work is illness or injury. Other factors which might influence the health situation of the employee, like family situation and psychosocial factors at the work place are difficult to involve in this process where physicians and the Health Care System and the Work and Welfare Service are central actors. The focus is now on the employee as *ill*. If the process concerning returning the employee to the work place takes too long time, the risk for ending up with a disability pension increases. The study shows that the returning of people with reduced working capacity to the work place can be difficult because of the economic and organisational situation in the work place, in combinations with rules and regulations for this group of employees. The one-dimensional focus on the employee as ill, leaves out other factors which can influence absence from work. And by focusing on the wrong factors the system is failing to solve the problem of absence. It seems to be a switch of focus from the healthy part of the employee in the work place to the illness of the person in the Health Care System and Work and Welfare Services. You must prove how ill you are before you get the help you need.

The study shows that the causes for short term and long term absences/sick leave are very complex. In order to reduce the rate of sick leave and disability pension, the study indicates that it is necessary to understand the different mechanisms related to the different stages in the process and how they relate to each other. This means using a more holistic approach - including organisational, institutional, relational and individual factors for understanding the high level of sick leave and early disability pension in this part of the labour market.

## 1. INNLEDNING

I denne rapporten har fokuset vært på årsakene til og prosessene rundt sykefravær og uføretrygding i Bodø kommune innenfor sosial og helsesektoren (sykehjem og hjemmetjenesten), SFO, barnehage og renhold.

Sykefravær og uføretrygding er resultat av sammensatte prosesser knyttet til strukturelle, organisatoriske og individuelle forhold. Derfor rettes søkelyset mot alle disse nivåene ved å fokusere på rammebetingelsene for virksomhetene som disse prosessene foregår innenfor, mot arbeidsorganisasjonen og de rammebetingelser og samhandlingsprosesser som foregår der samt på arbeidsgivere, tillitsvalgte/verneombud, saksbehandlere i NAV og fastlegers inntrykk og forståelse av feltet, og enkeltindivider på rehabilitering og uføre og deres individuelle og unike historier.

### 1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

I utgangspunktet utlyste Bodø kommune dette prosjektet som en evaluering av hvorfor så mange tilknyttet Bodø Kommunale Pensjonskasse (BKP) blir uførepensjonert. Gjennomsnittsalderen for uførepensjonerte tilknyttet BKP var 48,9 år i 2004 mot 54,38 år på landsbasis. I perioden 2000-2004 utgjorde kvinner hele 85 % av de som ble uførepensjonerte i BKP. 31,7 % av de personene som ble uføretrygdet i 2004 som var tilknyttet BKP, var under 40 år, mens tallene på landsbasis var 20 % uførepensjonerte under 45 år. I samråd med kommunen har jeg valgt å fokusere på hva som bidrar til langtidsfravær. Begrunnelsen for dette er at mottak av sykepenger er den vanligste innfallsporten til uførepensjon og jo lenger en person er sykemeldt, jo større er sannsynligheten for at personen ender opp med uførepensjon (St.meld.nr 9 2006-2007). Hvordan langtidsfraværet blir møtt og håndtert av arbeidsgiver, fastlege og NAV kan derfor være av betydning for om en arbeidstaker ender i en runddans i trygdesystemet før uføretrygd blir innvilget. Dette prosjektet har dermed ikke karakter av en evaluering, men er snarere en beskrivelse og en kartlegging av årsakene til og prosessene rundt langtidsfravær. Det er dermed heller ikke foretatt noen dypere analyse av materialet.

Bodø kommune ble en IA-virksomhet i 2004. Det innebærer at kommunen forplikter seg til å utarbeide egne mål basert på de tre delmålene i intensjonsavtalen. Delmålet om reduksjon i sykefravær skal fastsettes med utgangspunkt i den enkelte virksomhet og skal dermed baseres på Bodø kommunes forutsetninger og fraværnivå. Det gjennomsnittlige sykefraværet i 2006 var 9,7 %,

mens annet kvartal 2007 viser et fravær på rundt 10 %. Kommunens mål er en nedgang i sykefraværet til 8 % innen utgangen av 2007, og til 5-6 % på lengre sikt. Hvis kommunen lykkes med dette, vil de spare store summer. Bodø kommunes direkte kostnader knyttet til sykefravær per i dag er ca. 50 mill kroner i året. I tillegg kommer de indirekte kostnadene. Samlet sett brukte kommunen 100 mill. kroner til vikarer og overtid i 2006, og en stor del av denne summen var knyttet til sykefravær. De totale utgiftene knyttet til sykefravær i 2006 var altså på godt over 100 mill. kroner. En undersøkelse SINTEF Unimed foretok i 2000 (Hem 2000) viser at de totale ekstrautgiftene ved sykefravær er om lag 15 000 kr. per årsverk, hvilket utgjør ca. 5 % av lønnsutgiftene. Det påpekes også at det ikke bare er økonomiske utgifter knyttet til sykefravær som for eksempel innleie av vikarer, men at sykefravær også har arbeidsmiljørelaterede kostnader knyttet til økt arbeidsbelastning på kolleger, økt administrativt arbeid, kvalitetsforringelse og manglende kompetanse hos de som skal fylle jobben til den sykemeldte.

Årsakene til sykefravær er mange og skyldes ofte komplekse årsaker. Dette prosjektets mål er å vise denne kompleksiteten i fravær, og at mye fravær ikke nødvendigvis bare skyldes forhold i arbeidsorganisasjonen, men at det også kan knyttes til arbeidstakerens totale livssituasjon. Arbeidsgiver kan kun påvirke fravær relatert til arbeidet, men samtidig har organiseringen av arbeidet betydning for hvordan utfordringer knyttet til familielivet kan håndteres. Samtidig skaper de strukturelle forholdene knyttet til trygdesystemet og regler for oppfølging av sykemeldte utfordringer både for de ansatte og deres ledere når det gjelder muligheter for tilrettelegging for ansatte med nedsatt arbeidsevne, og dermed for tilbakeføring til arbeidslivet.

Ulike typer arbeidsplasser representerer ulike utfordringer og krav, og det er derfor forskjeller når det gjelder hvilke faktorer som kan ha betydning for sykefravær. Å jobbe på en demensavdeling på et sykehjem, i hjemmetjenesten, i en barnehage eller en skole eller innenfor renhold stiller forskjellige krav og representerer forskjellige utfordringer som har betydning for sykefravær. På den annen side er det et fellestrekk innenfor disse yrkene (med unntak av renhold) og det er at det dreier seg om arbeid i direkte møter med mennesker og at kommunen er den overordnede arbeidsgiver.

I dette prosjektet har jeg vært opptatt av å analysere de *prosesser* og de *opplevelser* og *refleksjoner* involverte aktører har i sykefraværsløp og på grunnlag av dette

forsøkt å kartlegge/identifisere hvilke faktorer som bidrar til kort og langt fravær fra arbeidet. Prosjektets sentrale problemstillinger er:

- Hvilke prosesser og faktorer medvirker til:
  - Korttidsfravær
  - Langtidsfravær
  - Tilbakeføring til arbeid
  - Uføretrygd
  
- Hvordan er sammenhengen mellom disse faktorene og prosessene?

Ettersom dette er spørsmål av meget omfattende karakter, og det empiriske materialet er begrenset, kan jeg kun påpeke og diskutere noen generelle sammenhenger uten mulighet til å gå dypere inn i materien.

For å besvare disse problemstillingene har jeg i hovedsak benyttet meg av kvalitativ metode i form av intervjuer. Kun ett intervju ble foretatt per telefon. Ellers har jeg også i noen grad benyttet dokumentanalyse. Det meste av datagrunnlaget er således basert på intervjuer med: personer på rehabilitering og på uføretrygd tilknyttet BKP, virksomhetsledere, tillitsvalgte/verneombud og IA-rådgiver i Bodø kommune, saksbehandlere i NAV og fastleger i Bodø kommune.

Sykefravær kan sies å handle om inkludering og ekskludering. Fokuset på inkludering gjenfinnes i arbeidslinja i velferdspolitikken, som ble innført på begynnelsen av 1990-tallet (NOU 1992:26 og St.meld. nr 39, 1991-1992). Høy sysselsetting og inkludering av personer med helsemessige eller sosiale problemer i inntektsgivende arbeid var hovedmålet med arbeidslinja. Inkludering av de svakeste i arbeidsmarkedet er i stor grad knyttet til ideen om hjelp til selvhjelp. Velferdspolitisk har denne ideen kommet til uttrykk bl.a. gjennom innskjerping av reglene for å motta uførepensjon, økt innsats innenfor yrkesrettet atferd samt tidligere og tettere oppfølging av sykemeldte - jfr. IA-avtalen. (St. meld. Nr 50 (1998-1999)). Et annet grep, som ble vedtatt i 1997, er innføringen av Fastlegeordningen. Fastlegene har senere blitt mer ansvarliggjort i sykefraværsarbeidet med endringene i loven om "Tettere oppfølging av sykemeldte". I tillegg til dette har et annet stort grep blitt tatt og det er vedtaket om samordningen av Aetat, trygdeetaten og sosialtjenesten i kommunene i en ny Arbeids- og velferdsetat - NAV. Denne samordningen er et forsøk på bedre å tilpasse tjenestene til brukerne samtidig som det skal være et middel for å få flere vekk fra ulike stønadsordninger og ut i arbeid (St.meld.nr. 14 (2002-2003)). Kommunene er også ment å skulle ha et spesielt ansvar for å bygge bro mellom helsetiltak og arbeid



(St.meld. nr, 50 1998-1999). Samhandlingen mellom disse instansene og enkeltindividet blir derfor interessant i et sykefraværsperspektiv.

## 1.2 DET "NYE" ARBEIDSLIVET

### Nye utfordringer for kommunen og den ansatte

De siste tiårene har det skjedd relativt store endringer i arbeidslivet. Innenfor offentlig sektor har ansvaret for tjenesteytingen i økende grad blitt desentralisert fra stat og fylke til kommunenivået. Samtidig har det blitt gjennomført en rekke statlige reformer som kommunene er blitt pålagt å utføre, for eksempel knyttet til rus og psykiatri. Disse nye brukergruppene innebærer at ansatte i kommunen har fått nye og mer krevende brukere å forholde seg til. På grunn av stram kommuneøkonomi er også bemanningsnormen ofte redusert til et minimum hvilket bidrar til en travlere arbeidshverdag. Samtidig legges det økt vekt på brukermedvirkning og brukerorientering i utformingen og utførelsen av tjenestene. Dette skaper nye utfordringer for offentlig sektor generelt, og kanskje spesielt for de som møter brukerne direkte, slik de gjør innenfor pleie- og omsorgssektoren, skole og oppvekst.

Det norske arbeidsmarkedet er sterkt kjønnsdelt, og de nevnte sektorene er typisk kvinnedominerte arbeidsplasser. Samtidig er mange av disse kvinnene blant de med lav utdanning. Dette betyr at det er kvinnene som befinner seg i det man betegner som frontlinje- eller førstelinjejobbene hvor de møter tjenestemottagerne direkte. Dette skaper spesielle utfordringer som knyttes til begrepet emosjonelt arbeid (Sørensen og Grimsmo 2001). Det emosjonelle arbeidet er krevende og slitsomt på andre måter enn fysisk eller intellektuelt krevende arbeid. Et trekk ved disse jobbene er at man ikke kan trekke seg unna situasjonen, men må ta utfordringen der og da. Samtidig krever jobbene at den ansatte gir av seg selv som person og personlighet i form av følelser, kroppsspråk og fremtreden. Denne type utfordringer kan sette seg i kroppen og gi plager på andre måter enn fysisk tunge jobber. De som jobber i førstelinjen er de som må håndtere grensen mellom det offentlig sektor kan gi av tjenester og de krav og forventninger som de som mottar tjenestene har. Det som mange opplever som en påkjenning, er når de ansatte ikke opplever at det er rom for å yte de tjenestene som de mener tjenestemottagerne burde få. I svært mange tilfeller dreier det seg om tid; tid til elever på SFO og skole, barn i barnehagen, til eldre innenfor hjemmetjenesten og på aldershjem. Man kan si at omsorgsbehovet er grenseløst, mens ressursene er begrenset. Hvordan denne balansen håndteres både av arbeidsorganisasjonen og den enkelte ansatte, har betydning for hvordan disse belastningene får betydning for sykefravær på kort og lang sikt.

### **New Public Management**

I offentlig sektor, både statlig og kommunal, har New Public Managements (NPM) idégrunnlag fått stadig sterkere fotfeste de senere årene. NPM kan forstås som en sekkebetegnelse på omstilling og fornying i offentlig sektor med et markedsvennlig ideologisk utgangspunkt med vekt på økonomi og økt effektivitet som søkes oppnådd gjennom særlig fokus på ledelse, indirekte kontroll og brukerfokusering (Øgård i Baldersheim og Lawrence 2002). Rent konkret kan NPMs tankegodts for eksempel komme til uttrykk gjennom desentralisering av ledelsesfunksjoner gjennom opprettelsen av resultatenheter. En slik organisatorisk endring innebærer også en kvalitativ og en kvantitativ endring av lederrollen. For ledere innebærer dette gjerne en profesjonalisering av lederrollen, økt fokus på effektivitet og økonomi og at deres egen innsats blir målt etter gitte parametere. Tidligere og mer autoritære kontrollformer blir erstattet med delegering av ansvar og myndighet ned og ut i organisasjonen, og kontrollen blir opprettholdt ved hjelp av mål- og resultatstyring. Økt brukerfokusering med fokus på brukernes valgfrihet og rettigheter er også en del av denne utviklingen.

I det nye arbeidslivet skjer det altså en slanking og dehierarkisering av organisasjonene ved at mellomledernivået minskes eller forsvinner samtidig som arbeidsoppgavene og ansvaret delegeres nedover og ut til de ansatte (Kvande 2002, Halford and Savage 1995). Utviklingen innebærer også kutt i mellomledernivåene slik at man kan få virksomhetsledere som i enkelte tilfeller står ansvarlig for meget store enheter. Samtidig har virksomhetslederen personalansvar og er ansvarlig for oppfølgingen av de ansatte. Delegering av ansvar følges imidlertid ikke alltid av makt og myndighet til å bestemme over arbeidet. Samtidig skjer det ofte en sentralisering av ledelsesbeslutninger med vekt på budsjettering. På den måten blir det en frikobling mellom økonomistyring og beslutninger om rammene for arbeidsutførelsen, og den faktiske utførelsen. Dette gjør også at mulighet for de ansatte til å påvirke rammene for deres arbeid mindre. På ledelsesnivå legges det vekt på teknisk og økonomisk rasjonalitet knyttet til budsjettbehandling, mens i møtet med tjenestemottagerne er det kvalitet knyttet til det som skjer i møtet mellom mennesker det viktige. Dette har også et viktig kjønnsaspekt ved at det er flest menn i ledelsen, mens det er flest kvinner i førstelinjetjenesten. Når det økonomiske ansvaret skilles fra oppgavene og møter med tjenestemottagerne, blir det de ansattes ansvar å forvalte grensen mellom organisasjonen og brukerne. Ettersom det er flest kvinner som er i disse posisjonene, sier Vike (2001) at denne grensen går tvers gjennom kvinnes kropp og håndteres av kvinners kropp. Hvordan arbeidsorganisasjonen legger til rette for at disse utfordringene skal håndteres, har stor betydning for hvilke konsekvenser de får for de ansatte i form

av fysisk og psykisk slitasje som på ulike måter kan gi seg utslag i sykemeldinger på kort sikt og uføretrygd på lang sikt.

New Public Managements fokus på effektivitet har fått følger for mange ansatte innenfor de sektorene jeg studerer i denne undersøkelsen. Dette kommer spesielt til uttrykk gjennom fokus på tiden den enkelte ansatte har til rådighet i arbeidsoppgaveutførelsen og lav grunnbemanning som innebærer mer arbeid for den enkelte ansatte.

### **Avtalen om Inkluderende arbeidsliv**

Et annet trekk ved det nye arbeidslivet er et økende sykefravær og et høyt nivå av antall personer på uføretrygd. Dette er et problem for velferdsstaten generelt og kommunal sektor spesielt. Med innføringen av avtalen om et Inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen), har sykefravær og inkluderende arbeidsplasser fått forsterket oppmerksomhet. IA-avtalen har tre hovedmålsettinger; redusere sykefraværet, inkludere flere ansatte med redusert arbeidsevne og øke den reelle pensjonsalderen. Sett i lys av NPMs fokus på effektivitet og de krav som stilles til tjenesteytere, er det ganske åpenbart at det ligger en del utfordringer i forhold til å nå disse målsettingene.

IA-avtalen har et uttalt mål om inkludering av *alle* arbeidstakere, dvs personer med nedsatt fysisk og psykisk helse, personer med funksjonshemminger samt eldre arbeidstakere. Man kan dele tiltak for inkludering inn i: forebyggende tiltak, tilretteleggingstiltak og attraksjonstiltak (Midsundstad 2003b). *Forebyggende tiltak* tar sikte på å forebygge helseskader, eller tap av arbeidsevne og/eller arbeidsmotivasjon. Dette omfatter bl.a. tilbud om etter- og videreutdanning for å opprettholde kompetansen, og tiltak som er innrettet mot å bevare den enkeltes fysiske og psykiske arbeidsevne og motivasjon, som f.eks. trim i arbeidstiden, hospitering, jobbrotasjon og tilbud om andre og mer utfordrende arbeidsoppgaver. *Tilretteleggingstiltak* tar sikte på at arbeidstakere med redusert arbeidsevne har mulighet til å fortsette i arbeid. Det kan f.eks. dreie seg om tilbud om lettere og/eller mindre krevende arbeid, kortere eller mer fleksibel arbeidstid, mulighet til å jobbe hjemmefra, mulighet til å ta ut delpensjon osv. IA-virksomheter har dessuten mulighet for å søke om tilretteleggingstilskudd fra NAV, for å legge arbeidsforholdene bedre til rette for arbeidstakere med redusert funksjonsevne. *Attraksjonstiltak* tar sikte på å gjøre arbeidet mer attraktivt ved å gjøre det mer lønnsomt å jobbe lenger, eller ved å gjøre det lettere å kombinere ønsket om mer fritid med fortsatt arbeid. Dette dreier seg bl.a. om tiltak som fleksibel delpensjon, mulighet for å ta ut lengre perioder med permisjon uten lønn og tilbud om ekstra feriedager, samt ulike stipendordninger. Til tiltak som kan øke lønnsomheten ved arbeid framfor fritid hører f.eks. ekstra lønn eller pensjon hvis en står lenger i jobb,

eller redusert pensjon hvis en går av tidlig. Denne type fokus og tiltak vil kunne være et virkemiddel til å få ned det arbeidsrelaterte sykefraværet, men samtidig vil muligheten for denne type tilrettelegging kunne være avhengig av hvilke typer arbeidsoppgaver de ansatte utfører.

### 1.2.1 Bodø kommune og IA

På sentralt nivå har Bodø kommune et stort fokus på sykefraværarbeid og de søker å oppnå et lavere sykefravær gjennom systematisk og helhetlig jobbing i alle ledd i organisasjonen. Kommunen er i ferd med å systematisere sitt sykefraværarbeid og det er utarbeidet en foreløpig plan for en langtidsfrisk og helsefremmende organisasjon, hvor kommunen påpeker hvilke måleindikatorer de skal ha i dette arbeidet, organiseringen av arbeidet, hvilke statistikker og operative mål som er nødvendige, og hvilke tiltak som skal settes i gang. Da planen i sin helhet ikke er behandlet politisk kan jeg ikke gå detaljert inn på alle de konkrete forslagene som er utarbeidet for å få ned sykefraværet. Men kommunen har allerede vedtatt og har rutiner for oppfølging av langtidssykemeldte<sup>1</sup>. De følger de nye lovendringene som trådte i kraft 1. mars 2007 med tettere oppfølging av sykemeldte der dialog, individuell oppfølgingsplan og tilrettelegging er viktige stikkord. Kommunen har nylig også utarbeidet rutiner for oppfølging av personer med hyppig korttidsfravær. Bodø kommune har de siste årene også fokusert mye på ledelsesproblematikk hvor målet er å styrke lederrollen gjennom ulike utviklingsprogram og nettverksmøter. Som ledd i kommunens forebyggingsarbeid subsidierer de trening på et av byens treningssentre for alle ansatte.

Kommunen har to hovedverneombud og flere verneombud ute på de ulike virksomhetene. Kommunen har også et arbeidsmiljøutvalg slik arbeidsmiljøloven krever. Kommunen har i mange år hatt en attføringskonsulent (nå IA-rådgiver). IA-rådgiverens hovedarbeidsoppgaver har vært å følge opp langtidssykemeldte som ikke lenger kan være i den jobben de har. Endringer i rutineene innebærer nå at IA-rådgiveren også skal følge tettere opp dem med hyppig korttidsfravær, det vil si de som har tre egenmeldinger, eller seks dager i løpet av et halvår. IA-rådgivningssiden vil styrkes, og i løpet av 2007 vil det være tre ansatte som jobber med dette. Helse- og miljøtjenesten yter også hjelp og rådgivning knyttet til HMS til enhetene ved behov.

Bodø kommune har altså et stort og variert fokus på sitt sykefraværarbeid. Det er for tidlig å si om dette vil ha den ønskede effekten på nedgang i sykefraværet, og denne rapporten har ingen evaluering av disse tiltakene. Det jeg gjør, er å belyse i

---

<sup>1</sup> Personer som har brukt 13 uker eller mer av sin sykepengere rett over en periode.

hvilken grad informantene mine mener at kommunen som arbeidsorganisasjon følger opp intensjonene i sykefraværarbeidet spesielt knyttet til arbeidsmiljøloven og IA-avtalen, og hvilke forhold de vurderer som viktige i sykefraværarbeidet.

### **1.3 RAPPORTENS OPPBYGGING**

Korttidsfravær, langtidsfravær, tilbakeføring til arbeid kan ses som ulike faser i en prosess som kan resultere i permanent fravær fra arbeidet i form av uføretrygding, men sammenhengen og rekkefølgen mellom fasene er ikke entydig. Ulike faktorer, aktører og regelverk er relevante i hver av fasene, samtidig som det er samspill mellom dem. Rapporten vil være organisert med utgangspunkt i rekkefølgen på faktorene i prosessen som for noen kan ende i uføretrygding.

I kapittel 2 presenterer jeg det teoretiske perspektivet som jeg har benyttet i denne undersøkelsen. Jeg presenterer kort ulike modeller som er vanlig innenfor sykefraværskforskningen og den teoretiske rammen Bodø kommune kan forstås innenfor. I tillegg foretar jeg noen begrepsavklaringer knyttet til fravær og til arbeidsevne og funksjonsevne. Til slutt i kapitlet presenterer jeg oppgavens analysemodell.

I kapittel 3 gjør jeg rede for undersøkelsens forskningsdesign og metode.

I kapittel 4, som omhandler mitt empiriske materiale, ser jeg nærmere på arbeidsorganisasjonen og de ulike kravene som stilles på denne arenaen med spesielt fokus på arbeidsbetingelser. Jeg fokuserer på bemanningsfaktor og stillingsbrøker, det psykososiale arbeidsmiljøet og ledelse.

Kapittel 5 omhandler også mitt empiriske materiale. Her presenterer jeg de menneskelige ressursene og informantenes opplevelse av helse/sykdom. Videre ser jeg på den private livssfære og motivasjon. Jeg tar også for meg de refleksjoner og meninger de intervjuede har om årsakene til sykefravær.

I kapittel 6 gjør jeg nærmere rede for de strukturelle forholdene som omgir feltet sykefravær. Jeg presenterer kort hvilken betydning forhold på arbeidsmarkedet kan ha, velferdstjenestenes organisering, fastlegeordningen og deler av lovverket som rammer inn feltet og som både arbeidsgiver, arbeidstaker, fastleger og saksbehandlere i NAV må forholde seg til. Samlet utgjør dette rammen rundt feltet sykefravær.

I kapittel 7 ser jeg nærmere på samhandlingen mellom arbeidsgiver, lege og NAV og dette er det siste empiriske kapitlet. Jeg fokuserer først på dialogmøter som samhandlingsarena og jeg fokuserer spesielt på legerollen og på den organisatoriske rammen som omgir legen. Deretter fokuserer jeg på legens refleksjoner rundt samarbeidet med arbeidsgiver og NAV. Jeg fortsetter deretter å fokusere på NAVs refleksjoner rundt samarbeidet med legene og med arbeidsgivere.

Kapittel 8 er avslutningskapitlet. Her oppsummerer jeg kort de mest sentrale funnene og presenterer noen refleksjoner rundt temaet sykefravær.

## 2. TEORETISKE PERSPEKTIV, BEGREPS- AVKLARINGER OG ANALYSEMODELL

I dette kapitlet skal jeg se med et teoretisk blikk på fenomenet sykefravær. Formålet er å utvikle en analysemodell basert på en syntese av relevante teoretiske perspektiver. Det er mange forskjellige måter å tilnærme seg dette feltet på, men siden formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge og beskrive de *prosesser* og de *opplevelser* og *refleksjoner* involverte aktører har i en sykemeldingsprosess er det gjennomgående perspektivet i denne undersøkelsen *samhandling og samspill mellom faktorer*. For det første er fokuset i undersøkelsen på samhandlingen mellom ulike parter som er del av en sykemeldings-/uføreprosess. For det andre inneholder lover og regler som omgir feltet også elementer av samhandling (og inkludering), spesielt etter endringen av Arbeidsmiljøloven, hvor flere av IA-avtalens punkter er innlemmet. Dialogmøter er et eksempel på en samhandlingsarena hvor arbeidstaker, arbeidsgiver, fastlegen og NAV kan, eller har krav på å delta. Og for det tredje viser mine informanter til at fravær ofte nettopp handler om relasjoner og ikke om enkeltindivider som en isolert enhet (selv om det selvfølgelig er unntak fra dette, for eksempel ved kreftsykdom). Fravær kan være knyttet til forhold på den offentlige arenaen – for eksempel i relasjonen til arbeidsgiver (leder), til fastlege og til NAV, eller til den private arenaen som er knyttet til enkeltindividets relasjoner til familie og venner. Og ikke sjelden er det en kombinasjon av forskjellige faktorer på disse ulike arenaene og nivåene som kan utløse fravær. Det er også håndteringen av fravær i dette skjæringspunktet som kan ha betydning for inkluderings- og ekskluderingsprosesser.

Mye av dagens sykefraværarbeid fokuserer på arbeidsevne og funksjonsevne knyttet til posisjoner i arbeidsmarkedet. Siden det er flere parter som er involvert i denne vurderingen, og det er knyttet til bestemte sammenhenger, velger jeg å se dette som et relasjonelt og kontekstuel begrep. Det er legen som er ekspert på å måle funksjonsevnen, det er pasienten som er ekspert på egen helse, og det er arbeidstaker og arbeidsgiver som sammen kan bidra til at arbeidsbetingelser og arbeids- og funksjonsevne gjensidig tilpasses hverandre i forhold til en arbeidsplass. Opplevelsen av dårlig helse er knyttet til mange ulike arenaer i livet, og ser man spesifikt på arbeidsplassen, er dårlig helse gjerne knyttet til mistrivsel, mellommenneskelige konflikter og manglende sosial støtte. Derfor velger jeg også å se helse/uhelse som et kontekstuel begrep.

Imidlertid foregår samhandlingen innenfor visse rammer som slett ikke er uten betydning. Slike rammebetingelser kan være hvordan helse- og velferdstjenestene er organisert, hvordan de økonomiske ordningene knyttet til sykefravær,

rehabilitering, attføring og uføretrygd er bygd opp, forholdene på arbeidsmarkedet, lover og regler, budsjetter, organiseringen av virksomheten og selve arbeidets organisering.

## 2.1 ARBEIDSFRAVÆR - KORTTID, LANGTID OG PERMANENT/UFØRHET

Overskriften, *arbeidsfravær*, er bevisst valgt i stedet for *sykefravær*. Årsaken er at fenomenet vi retter søkelyset mot, er fravær fra arbeid. Årsakene til dette fraværet er ofte ikke entydig knyttet til bare sykdom, men det er bare sykdom som er legitim årsak til fravær. Dermed må årsakene til fravær "oversettes" til medisinske diagnoser eller tilstander for å regnes som legitimt fravær. Andre årsaker til fravær blir vanskelig å fange opp og håndtere innenfor rammen av trygdevesenet, hvor det medisinske fokuset er det dominerende.

Det er vanlig å skille mellom korttids- og langtidsfravær. Korttidsfraværet kan regnes som det egenmeldte fraværet, inkludert arbeidsgiverperioden. Langtidsfravær er fravær som går utover denne perioden. En viktig grunn til å skille mellom ulike typer fravær, er at det representerer ulike utfordringer og konsekvenser for arbeidsorganisasjonen og at det har ulike årsaker og konsekvenser for individet som er borte fra jobb. Det er også viktig å se sammenhengen mellom dem.

Korttidsfraværet skaper størst problemer for gjennomføringen av de daglige arbeidsoppgavene på arbeidsplassen. Når en person uteblir på kort varsel, innebærer det enten ekstra belastninger for de som er på jobb, eller at det skaffes vikarer på kort varsel. Ofte vil vikarene ikke være like godt kjent med arbeidsorganisasjonen og kan dermed ikke yte like mye som en fast ansatt. Dette kan skape uro både blant de ansatte og tjenestemottagerne. Mye korttidsfravær skaper belastninger for de som er på jobb, for det er mer krevende å forholde seg til forskjellige vikarer som ikke er fortrolige med interne rutine og arbeidsmåter. Dette kan igjen bidra til å skape mistriivsel og mindre lojalitet som over tid igjen kan føre til mer korttidsfravær som igjen kan gå over til langtidsfravær. For den enkelte kan korttidsfravær og kortere sykemeldinger, ifølge Vike (2001), bli brukt som en avlastningsstrategi i en presset arbeidssituasjon. På denne måten kan korttidsfravær være et middel for å unngå langtidsfravær. Samtidig kan korttidsfravær gå over i langtidsfravær som skaper andre konsekvenser for arbeidsplassen og individet.

Langtidsfravær er fravær som går ut over arbeidsgiverperioden. Det er denne type fravær som resulterer i økte offentlige utgifter. For den enkelte arbeidsplass er det



lettere å forholde seg til langtidsfravær, fordi det er mer forutsigbart og dermed enklere å planlegge i forhold til. Dessuten belaster det ikke den enkelte arbeidsplass økonomisk utover arbeidsgiverperioden. Dersom det er mulig å skaffe vikarer som kan vikariere over tid, er det mulig å unngå ekstra belastninger for de ansatte som er på jobb. Langtidsfraværet kan ses på som en indikator for helsetilstanden til den enkelte arbeidstaker, samtidig som det ofte kan være det første skrittet på veien til rehabilitering, attføring og uføretrygding. Langtidsfravær kan være knyttet til rent medisinske tilstander som en brukket fot, en operasjon eller lignende. Den ansatte mister da kun midlertidig noe av sin funksjons- og arbeidsevne, og i slike tilfeller er tilbakeføringen til arbeid relativt uproblematisk. Men i de fleste tilfellene er årsakene til langtidsykemelding mer komplekse, samtidig som arbeidsevnen kan være noe redusert på midlertidig eller permanent basis. Som vi skal se, kan tilbakeføringen til arbeid skape utfordringer både for arbeidsplassen og den ansatte, knyttet til byråkratiske forhold som regelverk, organisatoriske forhold på arbeidsplassen og individuelle forhold.

Arbeidsgiver har fått mer ansvar i forhold til forebygging, tilrettelegging og oppfølging knyttet til arbeidstakerne. Ved fravær over flere dager skal arbeidsgiver ta kontakt med arbeidstaker og ved fravær inntil seks uker skal det utarbeides en oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker. Arbeidsgiver plikter også å tilrettelegge for arbeidstaker så langt det er mulig slik at arbeidstaker kan være i aktivitet fremfor passivitet. Ved sykemelding inntil 12 uker skal arbeidsgiver innkalle arbeidstaker til et dialogmøte hvor også bedriftshelsetjenesten og eventuelt lege eller annen sykemelder kan være til stede. Ved sykemelding inntil seks måneder skal arbeidsgiver delta i et nytt dialogmøte som NAV innkaller til. Det skal her foreligge en beskrivelse av de bedriftsinterne tiltakene som er gjennomført.

Uførhet kan beskrives som permanent fravær fra arbeid og er sluttresultatet av en prosess hvor tilbakeføring til arbeidslivet ikke har lyktes. Årsakene til uførhet er som regel en kombinasjon av medisinske forhold, forhold knyttet til arbeidet og arbeidsplassen, og individuelle forhold som for eksempel familiesituasjon. Som vi skal se, er trykkesystemet ikke tilpasset denne typen virkelighet, hvor medisinske forhold bare er én av flere årsaker som kan bidra til at personer blir uføretrygdet.

Fravær kan deles inn i arbeidsrelatert fravær og ”annet” fravær. *Arbeidsrelatert fravær* defineres som fravær som er forårsaket av helseplager som skyldes jobben (Olsen 2007:53). Det er først og fremst her arbeidsgiver kan sette inn tiltak for å forsøke å få fraværet ned.<sup>2</sup> En undersøkelse foretatt av Olsen (Olsen 2007: 53, 57)

---

<sup>2</sup> Olsen (2007) viser til at egenskaper ved arbeidsmiljøet stort sett ikke har noen betydning for ”annet” fraværet.

viser til at i 2003 hadde 18 % av de sykemeldte arbeidstakerne det som blir karakterisert som langtidssykefravær, og av dette totalfraværet var 8,4 % knyttet til det som blir kategorisert som arbeidsrelatert fravær mens 9,6 % var relatert til "annet" fravær. Det arbeidsrelaterte fraværet fordelte seg ganske likt mellom kjønnene med 9 % for kvinner og 8 % for menn. Men som vi skal se i pkt 3.2 er forskjellene mellom kjønnene mer markant i tilknytning til "annet" fravær. Sykdom som er arbeidsrelatert har legene plikt til å melde fra om til Arbeidstilsynet (Arbeidsmiljøloven), men tilsynet selv melder om stor grad av underrapportering på dette området (Sivesind Mehlum 2003).

Olsen (2007) viser i sin undersøkelse også til at det er en sammenheng mellom ergonomiske forhold, som tunge løft og gjentatte bevegelser og arbeidsrelatert fravær. Hun viser videre til at for denne type fravær har også organisasjonsklima betydning og at dette har spesielt betydning for kvinner.

## **2.2 DEN ANSATTE – MER ENN LØNNMOTTAGER**

Hvordan de ansatte opplever og håndterer arbeidets ulike utfordringer, må sees i sammenheng med de ulike rollene den ansatte inngår i som arbeidstaker. Å trives på jobb, er en meget sentral nærværsfaktor. Det er en faktor som gjør at folk ønsker å være på jobb. Når man er på jobb, er det ulike interesser som skal ivaretas for at man skal trives. Man kan si at det er tre ulike roller en person har på jobb, og det er rollen som fagperson, som ansatt med visse rettigheter og plikter og som hel person hvor samspillet mellom arbeidsliv og familieliv er viktig (Sollund m.fl. 2004). Som ansatt kreves det visse kvalifikasjoner og kompetanse som kan knyttes til en faglig side ved arbeidet. I dagens arbeidsliv stilles det relativt store krav og forventinger til tjenesteytere i offentlig sektor. For at den faglige siden skal ivaretaes, forutsetter det at den ansatte får bruke og utvikle sine kvalifikasjoner og kompetanse. Dette handler mye om betydningen av å få anerkjennelse for den verdien man faktisk representerer i en arbeidssammenheng. Hvordan arbeidet blir organisert, har betydning for ivaretagelse av de ansattes faglige side og for hvordan samarbeidet mellom de ansatte foregår. Et annet aspekt er knyttet til de ansattes rettigheter og plikter i forhold til lønn og arbeidsvilkår. Dette er forhold som i stor grad er knyttet til bestemmelser i Arbeidsmiljøloven. Å ha innflytelse på vilkår for eget arbeid, for eksempel hvordan arbeidet skal gjøres og de tidsmessige rammene, er viktige for hvordan arbeidet oppleves. Innenfor pleie- og omsorgssektoren er innflytelse på arbeidstid, som ofte er turnus, av betydning fordi det ofte oppleves om en belastning. Hvordan de fysiske og psykiske belastningene håndteres og fordeles mellom ansatte er også viktig i denne sammenheng. Muligheter til å kunne gi tilbakemeldinger til ledelsen og føle at man blir hørt, er også viktige forhold for

trivsel. Det tredje aspektet dreier seg om forholdet mellom arbeidsliv og familieliv. Folks utfordringer i hverdagslivet dreier seg om å få til en balanse mellom kravene knyttet til både arbeidsliv og hjemmeliv. Særlig gjelder dette for dem som har familie med barn, de som har foreldre med ekstra omsorgsbehov<sup>3</sup> eller for de som har særskilte utfordringer på hjemmebane. Samlet kan det være en utfordring å tilfredsstille kravene som stilles både på jobb og i familielivet. Selv om vi forestiller oss at Norge er et land preget av likestilling, er det fremdeles slik at generelt sett er menns familieliv tilpasset arbeidslivet, mens kvinners arbeidsliv er tilpasset familielivet. Dette gjelder i særlig grad kvinner uten høyere utdanning.

Det organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøet handler om menneskers møter og samhandling med hverandre, og konflikter vil dermed være et resultat av et sosialt motsetningsforhold. Organisering har betydning for hvordan konflikter oppleves og håndteres. Sørensen og Grimsmo (2001) skiller mellom kalde og varme konflikter. Kalde konflikter er knyttet til fordeling av ansattes rettigheter og plikter innenfor en institusjonell ramme. Slike konflikter håndteres gjennom formelle posisjoner som fagforeninger og ledelse. Dette er konflikter som ikke knyttes til enkeltpersoner, men til posisjoner, rettigheter og plikter. Varme konflikter er konflikter som er knyttet til enkeltpersoner som jobber sammen. Man kan si at disse konfliktene er mer relasjonelle og emosjonelle. Slike konflikter kan dreie seg om hvordan man skal utføre arbeidsoppgaver, og hvilke standarder og verdier man skal følge. Dermed ligger slike konflikter i grenselandet mellom det profesjonelle og det personlige. Denne typen konflikter kan delvis forebygges ved at det foregår en kontinuerlig kommunikasjon hvor slike tema diskuteres, og at det er uttalte felles standarder for hvordan arbeidet skal utføres og samhandling skal foregå. Uansett hva konflikter skyldes har lederen, i samarbeid med arbeidstakerne og eventuelt tillitsvalgte et ansvar for å ta tak i problemene. Vokser konflikter seg store kan, disse bidra til sykefravær og i verste fall uførhet.

### **2.3 KJØNN, UTDANNINGSNIVÅ OG ARBEID**

Generelt står høyere utdannede arbeidstakere lengre i jobb enn lavere utdannede, og spesielt gjelder dette for kvinner (Vaage 2003, Ugreninov 2005). "Sliterne" ser ut til å gå først, m.a.o. de velger i størst grad en tidligst mulig avgang (Midtsundstad 2002a). De har ofte hatt en tidlig arbeidsdebut og lang yrkeskarriere. Midtsundstad (2002b) peker på at flere som tidligpensjonerer seg føler seg "utslitt" etter å ha jobbet i mange år. Nye krav til kompetanse, kunnskap og effektivitet har

---

<sup>3</sup> Flere og flere arbeidstakere opplever å ha en kombinasjon av ansvar for små barn og pleietrengende foreldre, fordi flere og flere får barn sent i livet. Mange arbeidstakere kan dermed ha store belastninger på hjemmebane.

ført til en utfordrende arbeidssituasjon for mange. Blekesaune og Solem (2005) slår fast i sin studie av innflytelsen som *arbeidsmiljøfaktorer* har på tidligpensjonering at lav jobbautonomi, fysisk anstrengende og ensidig arbeid disponerer for tidlig avgang. Det er flere forhold som kan være av betydning for hvorvidt ansatte ender i langtidssykemeldinger og/eller blir uføre. Det kan for det første være individuelle forhold knyttet til: Kjønn, helse, inntekt og formue, fritidspreferanser, arbeidsevne, klassetilhørighet/sosial bakgrunn, utdanning, yrke og sivilstand. For det andre kan det være forhold knyttet til arbeidsplassen som: Arbeidsmiljø/-klima, arbeidsoppgaver, arbeidsorganisering, ledelse, medvirkning og innflytelse, omstillingstempo, brukernes behov, krav til nedbemanning, tilretteleggelse på arbeidsplassen, mulighet for kompetanseutvikling, holdninger knyttet til pensjoneringsavgang og eldre arbeidstakere, sosialt miljø, jobbinnhold (motivasjon og interesse for jobben). Og for det tredje kan det være knyttet til kontekstuelle forhold som: økonomiske ordninger som for eksempel sykkelønn, uføretrygd og betingelser på arbeidsmarkedet, sosiale forhold (for eksempel familie og venner.) og kulturelle forhold (med tanke på ”bruk av” for eksempel alderdommen.)

Kvinner har samlet sett et høyere fravær enn menn. Det kan skyldes flere forhold. Norge har et svært kjønnsdelt arbeidsmarked og de typiske kvinneyrkene er kjennetegnet av liten fleksibilitet i arbeidet, lav lønn, deltidsstillinger, ubekvem arbeidstid, liten medvirkning i arbeidet og mye av arbeidet er knyttet opp til emosjonelt krevende oppgaver. Faktorer som forskningen viser bidrar til økt fravær. Forskjellene i sykefravær mellom kjønnene er altså delvis knyttet til sosioøkonomiske forskjeller og ulikheter i arbeidsbetingelser. Men også andre forhold spiller en rolle. Opplevelse av helse og sykefravær kan på mange måter sies å være kjønnet, dvs. at kvinner rapporterer at deres helse er dårligere enn menns, flere kvinner enn menn rapporterer å ha langvarig sykdom, og flere kvinner enn menn svarer at de har nedsatt arbeidsevne (Levekårsundersøkelsen 2002 i Sivesind Mehlum 2003). En annen faktor som kan ha betydning, er at mange av de kvinnene som er sykemeldte eller står i fare for å bli uføretrygdede, er den første generasjonen kvinner som har hatt relativt store stillingsandeler over mange år innenfor for eksempel pleie- og omsorgsykker, som krever lav utdanning. De som først ble ansatt i denne sektoren, jobbet primært i kortere deltidsstillinger og hadde totalt sett ikke så lang arbeidskarriere.

Ser vi på Olsens (2007) undersøkelse viser det seg at det kjønnsdelte fraværet knyttet til kategorien ”*annet*” *fravær* er mye høyere enn det arbeidsrelaterte fraværet. Undersøkelsen viste at kvinner har et høyere fravær enn menn som kan knyttes til ikke-arbeidsrelaterte forhold med henholdsvis 13 % og 7 %. Denne forskjellen i fravær kan ha flere årsaker. Først og fremst kan det knyttes til fravær i

tilknytning til svangerskap og forhold knyttet til forplantning, som menstruasjon<sup>4</sup>. Men det kan også knyttes til mer strukturelle forhold og kjønnsrollemønstre ved at kvinner i større grad enn menn er dobbeltarbeidende og står for mye av omsorgsarbeidet i familien både knyttet til barn og foreldre. Sivesind Mehlum (2003) viser også til at kvinner har lengre totalarbeidstid enn menn, og at mange kvinner har et arbeid utenfor hjemmet som har mange av de samme belastningene som husholdsarbeidet har. Samlet sett kan dette føre til ekstra belastninger for kvinner. På den måten kan man si at hvordan menn forholder seg til hjemmelivet får konsekvenser for hvordan kvinner forholder seg til arbeidslivet. Derfor er det viktig å se på de ansattes helhetlige livssituasjon for å forstå fravær fra arbeid, også i et kjønnsperspektiv.

## **2.4 FRISK, SYK, HELSE - RELATIVE OG KONTEKSTUELLE BEGREPER**

Folks egenvurderte helse har vært temmelig stabil de siste 20 – 30- årene. Siden 1980-tallet har rundt 80 % av befolkningen vurdert sin helse som god (St.meld. nr 9 2006-2007). Kombinasjonen av objektive og subjektive forklaringer på egen helse kan derfor ikke forklare den økningen vi ser innenfor sykefravær og uføretrygding. Den objektive siden ved helse kan måles ved hjelp av ulike medisinske tester og er det man kan kalle en funksjonsvurdering. Den subjektive siden handler om hvordan enkeltindivider opplever og vurderer sin egen helsetilstand, og i hvor stor grad man for eksempel takler mentalt stress, opplevelse av trygghet og selvsikkerhet (mental kapasitet) (Hofman 2004, Ludvigsson m.fl. 2006). Den subjektive siden ved helse kan være vanskelig å måle i et spørreskjema fordi opplevelsen av helse er knyttet til mange forhold i livet og i tillegg er referanserammen noe uklar: God helse i forhold til hva? Den subjektivt opplevde helsen kan også sies å være resultat av en relasjon. Når et individ føler seg syk går det til legen for å få en ekspertvurdering. Diagnosen legen stiller kan således ha en innvirkning på hvordan individet oppfatter sin egen helsetilstand.

Når pasienten får stilt en sykdomsdiagnose fungerer denne diagnosen nærmest som en ”merkelapp” på pasienten. Denne merkelappen bidrar til at ulike forventninger trer i kraft både hos individet selv og i omgivelsene. Disse forventningene er gjerne knyttet opp til hva som forventes av en som er syk, og hva man selv forventer av seg selv når man er syk. Sykdom kan derfor ses på som noe mer enn en patologisk tilstand. Det har også en sosial side, og sykdom eller uhelse kan dermed også ses

---

<sup>4</sup> Sivesind Mehlum (2003) viser til at undersøkelser stort sett ikke vurderer dette som et undersøkelseskriterie.

på som et relasjonelt begrep som skapes i møtet mellom mennesker. I forlengelsen av dette må man heller ikke glemme at opplevelse av helse/sykdom også har en subjektiv side. Noen tåler mindre smerte enn andre og ulike mennesker har ulike strategier for å takle smerte. Disse individuelle forskjellene møter for eksempel fastlegene i sin praksis og de som er intervjuet i denne undersøkelsen er meget klare på at de alltid tar utgangspunkt i pasientens beskrivelse av situasjonen.

Når man diskuterer sykefravær og uføretrygding er det altså interessant å se på "hva sykdom er". Dette er omdiskutert (Nordby 2004). Hofman (2004) har en interessant innfallsvinkel til sykdomsbegrepet. Han viser til at begrepet sykdom har tre funksjoner. Det har en *forklarende funksjon* i den forstand at det har en betydning for hvordan sykdommer klassifiseres. Det har en *sosial funksjon* idet det bidrar til å klargjøre hvem som har rett til behandling og/eller uføretrygd og hvem som er fritatt for sine arbeidsforpliktelser. Det definerer dermed også hvem som har rett på økonomisk støtte, som for eksempel sykepenger, rehabiliteringspenger, støtte til yrkesrettet attføring og uføretrygd. Til slutt har også sykdom en *identitetsskapende funksjon* fordi en sykdomsdiagnose bidrar til å forklare et individs situasjon overfor andre og overfor seg selv. Det kan bidra til å rettferdiggjøre fravær og mottak av økonomisk støtte.

Forståelse av sykdom er noe annet enn forståelse av fenomenet helse. Fuggeli og Ingstad (2001) har i jakten på det folkelige helsebegrepet undersøkt hva folk legger i begrepet "god helse". Undersøkelsen viste bl.a. at bare rundt 20 % spontant svarte "å ikke være syk". Helse ble av informantene tolket og forstått i et holistisk, pragmatisk og individualistisk perspektiv. Det holistiske perspektivet innebærer at individer fokuserer på hele sin livssituasjon når de skal beskrive hvordan de opplever egen helse. Det handler om privatlivet (i stort), arbeidsplassen og lokalsamfunnet. Det pragmatiske perspektivet viser til at helse er et relativt fenomen. Helse erfares og bedømmes i forhold til hva folk finner det rimelig å forvente ut fra alder, sykdomsbyrde og sosial situasjon. Og det individualistiske perspektivet viser til at helse oppfattes som et personlig fenomen. Mennesker er ulike, de har og tåler ulike belastninger og derfor vil helse og veiene til god helse måtte variere fra individ til individ. Helse blir altså oppfattet som et komplekst fenomen og oppfattelsen av egen helsetilstand vil derfor variere fra individ til individ basert på vedkommendes totale livssituasjon. Måten å tilnærme seg helse og uhelse/sykdom på på individnivå, bør dermed også ha en individuell, kontekstuell og allsidig tilnærming. Når antallet langtidssykemeldte og uføre har økt uten at man samtidig kan si at den objektive helsen til folk har blitt verre, kan det altså skyldes flere forhold. Det kan skyldes at vår oppfatning av hva som er god og dårlig helse har endret seg og at kravene til individene har økt, ikke bare i jobbsammenheng, men også på det private plan: Man skal være en god forelder, en

god partner, ha et stort nettverk, være en god datter/sønn, se godt ut, ha fritidsaktiviteter osv. Kravene på de ulike livsarenaene kan bli for mange og for høye for enkelte. I kombinasjon med tidligere nevnte faktorer kan dette i for noen resultere i sykefravær på kort sikt, og for noen uføretrygding på lang sikt.

Dette er viktig å ha med seg når man skal studere sykefravær fordi det illustrerer at arbeidsplassen bare er *en* arena av flere som er viktige for å forstå folks fravær fra arbeidet og at helse faktisk ikke bare handler om fravær av sykdom, men av hvordan man oppfatter livet sitt i stort. Dessuten er det en rekke ulike medisinske tilstander som ikke karakteriseres som sykdom. Derfor er et viktig poeng å skille mellom forståelse og opplevelse av sykdom og helse, og årsaker til fravær fra arbeid.

## 2.5 ARBEIDSEVNE OG FUNKSJONSEVNE

Arbeidsevne har blitt et viktig begrep i tilknytning til arbeidstakere og sykefravær/uførhet og har dermed også en viktig funksjon i rehabiliteringsarbeidet. Etter de nye sykemeldingsreglene skal det være tungtveiende medisinske grunner til at arbeidstakere ikke skal være i en eller annen form for fysisk aktivitet. Det betyr at passiv sykemelding skal unngås og helst erstattes av gradert sykemelding, alternativt aktiv sykemelding. Gradert sykemelding er ment å benyttes når den sykemeldte kan utføre deler av sine normale arbeidsoppgaver. Dette kan gjøres ved at den sykemeldte jobber mindre enn normalt, eller at den sykemeldte kan bruke lenger tid på å utføre arbeidsoppgavene. Aktiv sykemelding er begrenset til 4 alternativt 8 uker med mulighet til forlengelse etter vedtak fra NAV. Hensikten med aktiv sykemelding er at den sykemeldte skal kunne avklare egen arbeidsevne, og at de skal ha kontakt med arbeidsplassen. Ved aktiv sykemelding skal det utarbeides en plan som skal beskrive innholdet og hensikten med tiltaket, hvor lang tid aktiv sykemelding skal brukes og hvem som er ansvarlig for oppfølgingen av den sykemeldte i bedriften. Med aktiv sykemelding skal du jobbe på ”topp”, det vil si utføre andre arbeidsoppgaver enn du normalt gjør. Men hvordan avgjør eller bedømmer man enkeltindividets arbeidsevne? Schult (2000:48) viser til at en bedømming av arbeidsevne er:

*”en multidisciplinär process för at bedöma en individs fysiska, psykiska, kognitiva och emotionella förmågor och begränsningar i syfte att identifiera ett optimalt resultat för en person med en aktivitetsnedsättning eller handikapp”*

Schult (2000:49) viser videre til at en god arbeidsevnevurdering bør baseres på fire ulike aspekter: individets egen opplevelse av arbeidskrav, arbeidets objektive krav, individets egen opplevelse av egen arbeidsevne og den objektive evnen. Hun viser videre til at studier hvor det kommer frem at det er kombinasjonen egen opplevelse av helsetilstand og vurderingen av egen arbeidsevne som er avgjørende for om individet kommer tilbake til arbeidslivet eller ikke.

Schult (2000:49) påpeker at arbeidsevne og funksjonsevne i mange henseender benyttes som synonymmer, men hun mener at det er hensiktsmessig å skille mellom disse to begrepene. Jeg finner denne distinksjonen relevant i denne undersøkelsen fordi den skiller mellom mer objektive og medisinske vurderinger av pasienten – en vurdering fastlegene har ansvaret for å foreta – og mer jobbrelaterte forhold som arbeidstakeren/pasienten og arbeidsgiver er større eksperter på enn legene. For å få til gode løsninger blir dermed dialogen mellom legen (eksperten på sykdom) og den ansatte og arbeidsgiver (ekspertene på arbeidsplassen) en viktig premiss for å finne optimale løsninger. Dialogmøter er en arena som er opprettet for slik dialog. Schult (2000:49) skiller mellom arbeidsevnevurdering og funksjonsvurdering på følgende måte:

*”The work capacity evaluation is more specific to one job and simulates aspects of the actual job to determine if the person has the ability level to do that job” (Isernhagen 1992)*

*“The aim of the functional capacity evaluation is to determine the individual’s physical abilities and limitations in a prescribed number of tests. The tests will be of the person, not of the work” (Isernhagen 1992).*

Individet eksisterer ikke isolert og uavhengig av sin arbeidsgiver, sine arbeidskolleger og kunder/brukere/pasienter, og er heller ikke uavhengig av sin sosiale og økonomiske bakgrunn og sin fysiske og psykiske helse, for å nevne noe. Jeg velger å ha en relasjonell og kontekstuell tilnærming til begrepet arbeidsevne bl.a. fordi mine informaners historier gjenspeiler nettopp dette, og fordi arbeidsevne er et komplekst fenomen som ikke bare handler om enkeltindividets spesifikke sykdom/lidelse og vedkommendes opplevelse av helse. Det er også et resultat av et samspill mellom ulike individer, enkeltindividet og dets totale livsverden.

Koblingen av arbeidsevne og funksjonsevne knyttet til sykefraværspromatikk impliserer også at begrepet er viktig i en juridisk sammenheng ettersom NAV gjør vedtak på grunnlag av legenes vurdering av den sykemeldtes/rehabiliteres situasjon. Legene har fått en del kritikk for at de slipper for mange gjennom ”trygdenåløye” og at de dermed lar rollen som pasientens advokat få forrang foran



rollen som samfunnsvokter, men samtidig viser Rikstrygdeverkets gjennomgang av (fylkes)trygdekontorenes innstilling i uføresaker at fastlegens innstilling i liten grad viser seg å bli endret etter at saken har vært til ny vurdering hos uavhengig lege. Det gjennomsnittlige sykdomsforløpet har vart i over 4 år når søknaden kommer til trygdeetaten, og da er det gjerne for sent. Det vises til at for å unngå uføretrygding må man gjøre noe lenge før søknaden kommer til trygdekontoret. Og da blir bl.a. arbeidsplassen og organiseringen av helsevesenet viktige faktorer (Steihaug og Hem 2006). Tidsfaktoren har således stor betydning for om fravær ender i ekskludering fra arbeidslivet og i uføretrygd.

## 2.6 ARBEIDSBETINGELSER OG ARBEIDSMILJØ

Årsakene til fravær kan kategoriseres i flere typer faktorer som påvirker hverandre gjensidig. Noen av faktorene ligger på individuelt nivå slik som sosial og kulturell bakgrunn som har betydning for levesett og livsstil. Dette har betydning for individenes forhold og holdninger til arbeidet og har sammenheng med hvordan arbeidet inngår i individenes livsprosjekt og identitet. Generell helsetilstand inngår også i dette. Andre faktorer ligger på et mer kollektivt nivå, knyttet til arbeidsplassen; til rammebetingelsene for arbeidet og det konkrete arbeidsmiljøet; både de fysiske, organisatoriske og psykososiale sidene.

En gjennomgang av internasjonal forskning om arbeidsmiljøets betydning for helsen foretatt av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI 2004) viste at visse psykologiske og sosiale forhold i arbeidet kan gi økt risiko for sykdom. Slike risikofaktorer er knyttet til arbeidstid, lav kontroll over egen arbeidssituasjon, lav sosial støtte, nedbemanning, kombinasjonen av høye kvantitative jobbkraav og lav kontroll og lav sosial støtte, manglende belønning som lønn, anerkjennelse, avansement og jobbsikkerhet, og som ikke samsvarer med den ansattes anstrengelser samt en lite støttende kultur på arbeidsplassen.

Organisasjonsklima kan ses som et uttrykk for arbeidsmiljøet i en organisasjon. Ifølge Ekvall (Kaufmann og Kaufmann 2003) bidrar klimaet på en arbeidsplass til å påvirke ulike organisasjonsprosesser som kommunikasjon, samarbeid og kontroll, hvilket er å oppfatte som organisasjonens yteevne og mer psykologiske prosesser knyttet til individets yteevne som læring, kreativitet, motivasjon og engasjement. Organisasjonsklimaet kommer således til uttrykk gjennom atferdsmønstre, holdninger og omgangstoner og utvikles gjennom det daglige samspillet eller samhandlingen mellom organisasjonsmedlemmene og enkeltindividenes holdninger, erfaring, evner og muligheter.

I stedet for å rette søkelyset mot fravær, kan det være nyttig å rette søkelyset mot faktorer som synes å øke de ansattes nærvær på jobben. Ifølge Moland (2000) har attraktive arbeidsplasser følgende kjennetegn:

- Faglig stimulerende oppgaver
- Godt arbeidsmiljø med mulighet til å gjøre en god jobb
- Faglig og sosial støtte og tilbakemeldinger fra ledere og kolleger
- Tydelige ledere
- Muligheter til å kombinere arbeidsliv og familieliv.

I en undersøkelse av faktorer som har betydning for lavt sykefravær blant lavt utdannede i eldreomsorgen, viser Sollund (2007) til tilsvarende konklusjoner. Når det gjelder det psykososiale arbeidsmiljøet trekker Sollund frem betydningen av å ha en åpenhet og en tillit blant de ansatte, inkludert leder. Dette har betydning for at det blir en fleksibilitet og et samarbeidsklima i arbeidsorganisasjonen som kan virke motvirke stress. Videre påpeker undersøkelsen betydningen av å ha en tydelig ledelse som gir rom for de ansatte både som fagpersoner med mulighet til kompetanseoppbygging og som familiepersoner og individer. En annen viktig faktor er at arbeidsorganisasjonen har en tydelig etisk holdning i forhold til møter med klienter, pårørende og kolleger som kommer til uttrykk i ord og handling. Ledelsens betydning for trivsel påpekes i mange undersøkelser (Grimsmo og Sørensen 2002, Moland 1999, Trygstad og Johansen 2004, Sollund 2007). Selv om mellomlederne har fått mindre økonomisk makt, har de likevel stor betydning for organisering, for holdninger og for håndtering av konflikter, noe som har stor betydning for de arbeidsmiljømessige sidene knyttet til arbeidsnærvær og –fravær. Dette er noe også denne undersøkelsen viser.

Mye av omstillingene i dagens arbeid både knyttet til organisatoriske forhold og til krav til yrkesutøvelsen, skaper økt usikkerhet. Usikkerhet og uklare forventninger skaper utrygghet og emosjonell belastning som igjen kan føre til fysiske plager og sykefravær. Betydningen av kunnskap og kommunikasjon trekkes frem i flere undersøkelser som en viktig faktor for å kunne håndtere de emosjonelle og fysiske belastningene som ansatte i førstelinjetjenesten utsettes for (Andersen 2002, Grimsmo og Sørensen 2002, Sollund 2007, Vike 2002). Kunnskap og kommunikasjon dreier seg blant annet om å få kontroll, oversikt og forutsigbarhet. Samtidig er det viktig for å skape felles forståelse og felles verdier. Dessuten kan kunnskap, ferdigheter og kommunikasjon bidra til å skape felles standarder for yrkesutøvelse blant de ansatte som blant annet dreier seg om å kunne avgrense krav fra tjenestemottagerne og de ansattes egne forventninger til hva de burde ha gjort. Kunnskap og kompetanse til å kunne håndtere de ulike sidene ved yrkesutøvelsen

har vist seg å redusere den emosjonelle belastningen (Torvatn og Vedi 2000, Vike 2002).

I arbeidet som retter seg mot å få ned sykefraværet, kan man dele tiltakene som viser seg å ha effekt i to typer; individrettede tiltak og tiltak rettet mot arbeidsplassen eller mot det organisatoriske nivået (Torvatn og Vedi 2000). Individrettede tiltak er slik som medisinsk oppfølging og trening, generelle helsetiltak og tilrettelegging for individet. Organisatoriske tiltak kan være slik som utvikling av ledelse, vektlegging av kommunikasjon, bedring av fysisk arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid. Ensidig fokus på individuelle tiltak synes å ha begrenset effekt.

Det er ulike oppfatninger om arbeidslivet har blitt mer brutalisert de senere årene, men innenfor de sektorene denne undersøkelsen retter søkelyst mot, har nok kravet til økt effektivitet kombinert med lav grunnbemanning ført til opplevelse av stress og utilstrekkelighetsfølelse hos de ansatte. Forskning viser at det er sammenheng mellom sykefravær og trekk ved arbeidsplassen; fysisk belastende og monotont arbeid, liten medvirkningsmulighet og negativt stress, for å nevne noe. Arbeidskrav må vi alle forholde oss til. Slike krav kan være å utføre en arbeidsoppgave innenfor en gitt tid, turnusarbeid, støy, tunge løft, ensidige og repetitive bevegelser, mentale utfordringer knyttet til brukere/kunder/pasienter og lignende. Slike arbeidskrav vil variere i henhold til sektor, yrke og arbeidssted. Selv innenfor samme type arbeid kan kravene og muligheten for å oppfylle dem variere alt avhengig av bygningsstruktur, ledelse, arbeidsmiljø, kultur og lignende. Arbeidstakeren innenfor helse- og sosialsektoren, SFO og barnehager kan sies å inneha relativt fysisk krevende jobber til tross for tilgang på en rekke hjelpemidler, men samtidig har de ansatte innenfor disse sektorene mentalt krevende yrker.

### **2.6.1 Tidlig avgang fra arbeidslivet – individuelle valg eller utstøting?**

Teoretiske tilnæringer til tidligpensjonering tar gjerne utgangspunkt i tiltreknings- og utstøtingsfaktorer (Drøpping og Midtsundstad 2003, Solem 2001, Dahl og Midtsundstad 1994, Solem og Mykletun 1996). *Attraksjons- eller tiltrekningsmodellen* knyttes dels til pensjonssystemets sjenerøsitet, dels hvor attraktiv vedkommende antar at fritiden kommer til å bli. Her ses tidlig pensjonering som et resultat av overveielser den enkelte person selv gjør om fordeler og ulemper ved henholdsvis fortsatt arbeid og pensjonering. I denne modellen ses arbeid hovedsakelig som et onde. En vektlegger såkalte ”pull”-faktorer utenfor arbeidslivet som oppfattes som positive og som ”trekker” folk ut.

*Utstøtingsmodellen* knyttes til såkalte ”push”-faktorer relatert til arbeidsmiljø og arbeidsmarked, særlig til høye effektivitets- og produksjonskrav som gjør det vanskelig for noen å fortsette i yrkeslivet, spesielt de med dårlig helse. Arbeidet oppfattes i denne modellen som et gode som enkelte ufrivillig stenges ute fra. IA-avtalen og dens virkemidler bygger i hovedsak på en forståelse av tidligpensjonering som utstøting (Drøpping og Midtsundstad 2003). De primære forklaringene og løsningene relateres til arbeidsplassen. Arbeidsplassen og arbeidsforholdene står med andre ord i sentrum for tiltakene.

Mye av forskningen på sykefravær er knyttet til økonomiske modeller, og de mest vanlige modellene er den såkalte disiplineringshypotesen og sammensetningshypotesen. Disiplineringshypotesen viser til at høy arbeidsledighet virker disiplinerende på arbeidstakerne fordi arbeidstakerne frykter for å miste jobben. Sammensetningshypotesen viser derimot til at sammensetningen av arbeidsstokken er annerledes når det er et stramt arbeidsmarked enn når det er høy arbeidsledighet. Det innebærer at når det er mangel på arbeidskraft, vil også de som har dårligere helse og funksjonsevne inkluderes i arbeidsstyrken. Disiplineringshypotesen kan sies å ha en moralsk undertone og den inneholder en mistenkeliggjøring av enkeltindivider. Sykefraværet forklares ved hjelp av motivasjonsproblemer hos individet og knyttes gjerne til det enkelte individs moral, verdier og holdninger. Jeg velger å se motivasjon som en kombinasjon av enkeltindividets kapasitet, valg og muligheter i en samhandlingssituasjon. Da unngår man å betrakte sykefravær kun som et individuelt motivasjonsorientert problem og man åpner for å knytte helsebegrepet til både samfunn, kultur, arbeidsrelasjoner og privatliv – altså til ulike kontekster.

Nordenfelt (2004) viser til at for at man skal forstå handling, må man også forstå hva som menes med kapasitet og muligheter. Han mener at ”kapasitet” er en persons indre ressurser som fører til en handling, mens ”muligheter” er de faktorer individet omgir seg med. Det betyr at kapasitet og muligheter samlet sett gjør det praktisk mulig å utføre en handling. Nordenfelt mener altså at det ikke holder å ha en praktisk mulighet for å utføre en handling, men at også viljen eller motivasjonen til å utføre en handling må være til stede.

Manglende motivasjon eller lyst til å gå på jobb kan skyldes det som Astvik m.fl. (2006) kaller ulike innlåsningsmekanismer. Det kan være at man er på feil arbeidsplass (arbeidsplassinnlåste) eller at man har valgt feil yrke (yrkesinnlåste). I et stramt arbeidsmarked skulle man kunne forvente at arbeidsplassinnlåsningsproblematikk var mindre enn når arbeidsledigheten er lav, men samtidig er det også et element av vilje, styrke og motivasjon som skal til før enkelte individet tør å foreta jobbytter. En undersøkelse fra 2000 (Rødvei i Dahl, 2000) viser at antallet

arbeidstakere som blir værende i jobber de ikke trives i synker proporsjonalt med utdanning og lønn, det vil si at de med minst ressurser og som er minst attraktive på arbeidsmarkedet velger å bli værende i sine jobber til tross for mistriivsel. Undersøkelsen viste også at det blant hjelpepleierne som ”ofte” vurderte å slutte, men som valgte å ikke foreta et jobbskifte, så var det 61 % som knyttet dette til dårlig arbeidsmiljø. En av årsakene til at de ikke velger å slutte, er at arbeidsmarkedet for denne type arbeidskraft er begrenset – altså har denne typen ansatte få eller manglende muligheter for jobbskifte.

## 2.7 FRA NÆRVÆR TIL FRAVÆR – EN SAMMENSATT PROSESS

Korttidsfravær, langtidsfravær, tilbakeføring til arbeid kan ses som ulike faser i en prosess. Sluttresultatet kan bli permanent fravær fra arbeidet i form av uføretrygding. På den annen side er sammenhengen og rekkefølgen mellom fasene ikke entydig. I hver fase dreier fraværet seg om et samspill mellom individuelle faktorer, den ansattes livssituasjon og faktorer knyttet til arbeidsplassen. De ulike typene fravær involverer ulike aktører og får ulike konsekvenser for ulike instanser. Når det gjelder korttidsfravær, er det i første rekke arbeidsgiver som blir involvert, mens langtidsfravær og tilbakeføring til arbeid etter lengre fravær involverer også leger og NAV, inkludert regler for sykemeldingssystemer og tilretteleggings-tilskudd. Når det gjelder korttidsfravær og forebygging av dette, er de viktigste tiltakene i første rekke knyttet til arbeidsplassen i forhold til å få til et godt psykososialt arbeidsmiljø.

I prosessen knyttet til sykemelding er arbeidsgiver, fastlegen og NAV viktige aktører. Hvilke oppgaver og ansvar de har, og hvordan de håndterer det, vil påvirke den videre prosessen. I denne fasen er det den ansatte som ”pasient” og ”syk” og de medisinske aspektene som står i fokus ettersom dette er de legitime årsaken til fravær. Dette påvirker hvilke problemstillinger som er relevante å trekke inn. De andre aspektene ved den ansatte som var sentrale da vedkommende var i arbeid, knyttet til fagkompetanse, rettigheter og plikter, og samspill mellom arbeidsliv og familieliv, kommer mer i bakgrunnen.

Mottak av sykepengene er den vanligste innfallsporten til uførepensjon, og jo lenger en person er sykemeldt jo større er sannsynligheten for at personen ender opp med uførepensjon (St.meld. nr. 9 2006-2007). I forhold til å få sykemeldte tilbake i arbeid har arbeidsgiver, NAV og fastleger gjennom lover og regler blitt ansvarliggjort i større grad. Jeg vil derfor se nærmere på om samhandlingen mellom disse aktørene kan bidra til å få sykemeldte raskere ut i aktivitet og om samhandlingen fører til bedre tilrettelegging for arbeidstaker.

Fastlegen spiller en viktig rolle som premissleverandør for Arbeids- og velferdsetatens vedtak om tildeling av trygdeytelser for hele forløpet fra sykemelding til vedtak om uføreytelse. I tillegg er fastlegen nå lovpålagt å spille en mer aktiv rolle i funksjonsvurderingen av den enkelte pasient. For at dette skal fungere på best mulig måte, er samhandling mellom lege, pasient/arbeidstaker og arbeidsgiver nødvendig. I tillegg til dette har fastlegen et ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid og medisinsk behandling av pasienter på sine pasientlister. Et viktig spørsmål i denne sammenheng er hvor hensiktsmessig legene mener deres utvidede rolle er i sykefraværarbeidet, og hvordan de vurderer samarbeidet med pasienten, arbeidsgiver og NAV.

Arbeids- og velferdsetatens oppgaver går bl.a. ut på å hindre at personer som er i arbeid, blir syke og støtes ut av arbeidslivet. De skal vurdere om utvidet legeerklæring etter 8 ukers sykemelding er av god nok kvalitet, for at mottaker fortsatt vil ha rett til sykepenger. De skal innhente oppfølgingsplan hos arbeidsgiver dersom vedkommende person ikke er i arbeid, senest innen 12 ukers sykemelding. Hvis bedriftsinterne tiltak ikke fører frem skal etaten tidligst mulig vurderes om yrkesrettet atferdsrettet behandling bør prøves. Etaten har sanksjonsmuligheter overfor arbeidsgivere som ikke har utarbeidet oppfølgingsplaner for langtids-sykemeldte.

Når den ansatte kommer over på langtidssykemelding, er det som sagt de medisinske forholdene som kommer i fokus ettersom sykdom og skade er de eneste legitime årsakene til fravær. Andre årsaker til fravær som for eksempel forhold på arbeidsplassen eller i hjemmesituasjonen, blir derfor problematisk å håndtere. Men det er ikke bare medisinske og helsemessige forhold som spiller inn. Regler som er knyttet til tilbakeføring til arbeid; slik som aktiv/gradert sykemelding, tilretteleggingstilskudd og organiseringen av arbeidet påvirker også de ansattes muligheter til å komme i arbeid igjen. I tillegg viser det seg at tidsfaktoren er kritisk for tilbakeføring til arbeid.

Årsakene til at ansatte er borte fra arbeidet er sammensatte, og derfor vil jeg se på ulike forhold som bidrar både til nærvær og kortids- og langtidsfravær, og hvordan ulike aktører er involvert i ulike deler av prosessen. På den måten ønsker jeg å synliggjøre kompleksiteten i fenomenet, og samtidig få frem at det er viktig å se de ulike forholdene i sammenheng. Ettersom fravær fra arbeidet er et sammensatt fenomen, viser funnene fra denne undersøkelsen at det også er viktig å ha et helhetlig perspektiv når det gjelder å redusere fraværet. Det betyr å se de ulike aktørenes rolle i prosessen i sammenheng. En kjedes styrke er alltid knyttet til det svakeste

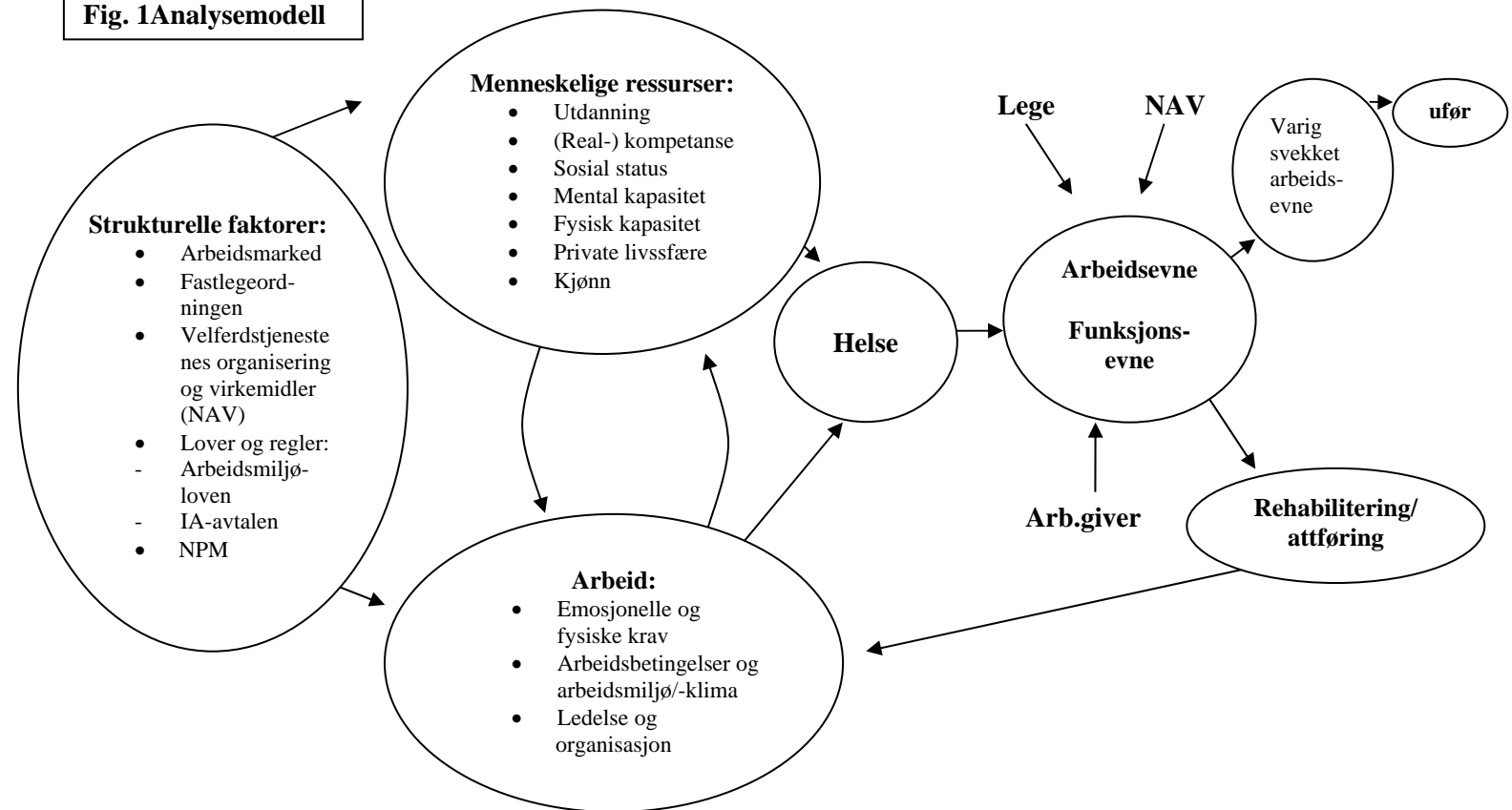
leddet, og dermed er det viktig at ikke prosessen som kan forebygge langtidsfravær eller tilbakeføre ansatte til arbeid ikke stoppes av unødvendige hinder.

I figuren nedenfor har jeg framstilt noen viktige relasjoner, faktorer og forhold innenfor sykefraværsefeltet. Denne analysemodellen er basert på den foregående drøftingen av ulike innfallsvinkler til problemstillingene. Modellen består av tre hovedelementer: menneskelige ressurser, arbeidet eller arbeidssituasjonen og strukturelle forhold. Innenfor rammen av de strukturelle forholdene foregår den menneskelige samhandlingen. En tilnærming til dette kan konseptualiseres som *menneskelige ressurser*. Dette handler for det første om helse og opplevelsen av helse samt funksjons- og arbeidsevne. For det andre dreier det seg om sosioøkonomisk bakgrunn (utdanning, kompetanse, sosial status, yrke/stilling) og den private livssfære. For det tredje omfatter det enkeltindividenes opplevelse av arbeidstilfredsstillelse samt verdier, holdninger og motivasjon. Alle disse faktorene, som utgjør enkeltindividets ballast, bringer individet med seg inn i *arbeidsorganisasjonen* som utgjør det tredje hovedelementet i analysemodellen. Arbeidsorganisasjonen stiller krav både til mentale og fysiske ferdigheter, arbeidet inneholder visse jobbkraV/-betingelser, arbeidsmiljøet/-klimaet utgjør en viktig ramme for arbeidet sammen med organisasjonsstrukturen og ledelse.

Samtidig er det viktig å se denne type relasjoner i en større kontekst. Strukturelle forhold som arbeidsmarkedet, lover og regler, økonomiske ordninger og velferdstjenestenes organisering vil også enkeltvis og samlet kunne spille en rolle for sykefraværstallene. De strukturelle forholdene fungerer altså som en ramme hvor den menneskelige samhandling foregår i.

Til sammen vil disse teoretisk informerte, empiriske analysene bidra til to ting: i) å belyse viktige relasjoner og sammenhenger i analysemodellen og på denne måten bidra til å videreutvikle modellen gjennom drøftingene og ii) tolke det empiriske materialet som er samlet inn og dermed vise hvordan modellen kan bidra til å gi struktur og forståelse til et komplekst materiale.

Fig. 1 Analysemodell





### 3. FORSKNINGSDESIGN OG METODE

Mange undersøkelser om langtidssykefravær og uførepensjonering er basert på kvantitative metoder som i stor grad består av analyser av tall på aggregert nivå. Dette gir systematiserte og sammenlignbare data som kan kvantifiseres og telles. De gir for eksempel informasjon om antall sykemeldte/uføretrygdede, kjønn og fravær, alder og hvilke diagnoser som er mest vanlige i forhold til årsaker til fravær og trygding. Tallene sier derimot lite om de *prosesser* og de *opplevelser* og *refleksjoner* involverte aktører har i slike løp og hva som eventuelt skal til for å redusere langtidsfravær/uføretrygding. For å få mer kunnskap om og innsikt i dette, har jeg derfor valgt et forskningsdesign basert på kvalitativ metode, hvor formålet er å få de involverte aktørers betraktninger, refleksjoner og historier rundt langtidsfravær og uføretrygding. En slik kvalitativ tilnærming er velegnet for å få dypere innsikt om et fenomen, samtidig som en i større grad kan fange samspillet mellom ulike faktorer. Formålet med slike intervjuer er å sammenstille informasjon fra flere informanter, slik at man kan danne seg et mer helhetlig og sammenhengende bilde av et fenomen – i dette tilfellet årsakene til og sammenhengene mellom sykefravær og uføretrygding. Gjennom beretningene til ulike kategorier av informanter, kan vi få kunnskap om hvordan de ser på faktorer som fører til fravær fra arbeidet eller uførepensjon ut fra deres ulike posisjoner og perspektiver. Ved å intervjuer langtidssykemeldte og uføre får man også informasjon om deres konkrete erfaringer knyttet til prosessen rundt fravær og uføretrygding. Leger, ansatte ved NAV og ledere på arbeidsplasser har andre erfaringer i møter med ansatte som er borte fra arbeidet i kortere eller lengre perioder.

#### 3.1 RELIABILITET, GYLDIGHET OG GENERALISERBARHET

Det naturvitenskapelige idealet fokuserer på reliabilitet, gyldighet og generaliserbarhet i forskningen. Dette er begreper som er lite benyttet innenfor kvalitativ forskning. Reliabilitet handler om hvor pålitelig resultatene i en undersøkelse er, dvs om det er mulig å reproducere resultatene dersom man gjentar undersøkelsen. Dette lar seg ikke gjøre innenfor et kvalitativt perspektiv. Det man heller kan gjøre er å vise til forskerens redegjørelse om logikken bak forskningsresultatene som kommer til uttrykk gjennom forklaringer om hva slags data som er samlet inn, hvordan dataene er samlet inn og hvordan dataene er fortolket (Andersen 2001). Dette gjør det mulig for leseren selv å vurdere reliabiliteten i forskerens argumentasjon og fortolkning. Validitet, eller gyldighet, i klassisk positivistisk forstand lar seg også vanskelig bruke i en kvalitativ

undersøkelse fordi formålet da er å oppnå kunnskap om aktørenes subjektive meningshorisont. Validitet innenfor kvalitative metoder kan heller sies å handle om kvaliteten på den tolkningen man benytter. Flyvebjerg (1991) hevder at det som er viktigere enn statistisk generalisering, som kun er en av flere måter man kan skape akkumulert viten på, er teoretisk generalisering. Teoretisk generalisering innebærer at den kontekstavhengige kunnskapen som utledes fra det enkelte case med stor sannsynlighet kan si noe om tilsvarende case som er preget av sammenlignbare betingelser. Til tross for at de intervjuede på rehabilitering og som er uføretrygdede har sine individuelle historier vil man kunne anta at det er visse likhetstrekk som har preget den sykemeldings-/uføretrygdingsprosessen de har vært deltakende i og som vil kunne være felles for andre utover de som har deltatt i denne undersøkelsen.

### **3.2 UTVALGET**

Bodø kommune ønsket å få mer kunnskap om årsakene til langtidsfravær og uføretrygding innenfor helse og sosial sektoren, barnehagesektoren, SFO og renhold. Dette er alle sektorer med relativt høyt sykefravær og er også typiske kvinnearbeidsplasser. På grunnlag av dette ga IA-rådgiveren meg en oversikt over virksomhetsledere som var aktuelt å intervju. Da målgruppen for denne undersøkelsen har vært ulike aktører som er involvert i en uføretrygdingsprosess har jeg totalt intervjuet 19 personer. Fem personer er på rehabilitering eller er uførepensjonerte, fire virksomhetsledere, tre saksbehandlere i NAV, tre tillitsvalgte/verneombud, tre fastleger og kommunens IA-rådgiver (tidligere attføringskonsulent). Fem av informantene er menn og fjorten er kvinner. De intervjuede som var på rehabilitering eller som var ufør, var i alderen mellom 40-65 år. Av ulike årsaker fikk jeg ikke intervjuet noen i Bodø kommunes helse og miljøtjeneste. Jeg har allikevel gjennom intervjuene fått et inntrykk av de tjenester de tilbyr.

### **3.3 DATAMATERIALET**

Noe forsinket begynte jeg prosjektet i mai 2007 etter å ha fått klarsignal fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste om at undersøkelsen ikke var meldepliktig på grunn av måten den er lagt opp. Kommunen sentralt ga meg navn på aktuelle virksomhetsledere og tillitsvalgte/verneombud som jeg så sendte en forespørsel om deltakelse på e-post. Etter noen dager tok jeg telefonisk kontakt, for å høre om de ønsket å delta i undersøkelsen. Kun en virksomhetsleder takket nei. I tillegg til dette var jeg i telefonisk kontakt med NAV som velvillig stilte opp.

Da denne undersøkelsen omhandler sensitive og helsemessige temaer måtte jeg velge en annen framgangsmåte for de langtidssykemeldte/uføretrygdede. Erfaringsmessig kan det være vanskelig å få folk til å stille opp i denne typen av undersøkelser og jeg antok at det ville bli enda vanskeligere fordi Bodø kommune stod som oppdragsgiver. Jeg valgte derfor å sende en forespørsel til 36 aktuelle informanter. På grunn av anonymitetshensyn er det kun kommunen som har navnene på alle de 36 personene som fylte kriteriene for å delta i undersøkelsen. For at jeg ikke skulle vite hvem disse personene var og kommunen ikke skulle vite hvilke personer som har sagt seg villig til å delta gjorde vi det på følgende måte: Jeg laget i stand navnløse konvolutter inneholdende 36 brev med informasjon om undersøkelsen og la i tillegg ved en samtykkeerklæring og en ferdigfrankert konvolutt med Nordlandsforskning som returadresse. Jeg ga de navnløse konvoluttene til kommunen som skrev på de aktuelle navnene og som senere sendte dem ut. Ved denne framgangsmåten vet ikke jeg navnene på andre enn de som valgte å delta i undersøkelsen, mens kommunen ikke har kunnskap om hvilke av de 36 som har valgt å delta. Av de 36 henvendelsene var det kun fem som ga sitt samtykke i å delta. Samtlige var enten på rehabilitering (dvs at de har gått lenger enn ett år sykemeldt) eller uføretrygdet. Av tidsmessige og økonomiske årsaker foretok jeg ingen ny utsendelse.

En annen utfordring viste seg senere å være deltakelse fra fastleger. Utvalget besto i første omgang av tilfeldig valgte leger fra NAVs sider over fastleger i Bodø kommune. Jeg sendte et brev om undersøkelsen til 10 leger og forsøkte deretter å kontakte dem telefonisk. Det viste seg å bli en håpløs oppgave. Jeg tok derfor kontakt med kommuneoverlegen som ga meg utvalgte legers e-postadresser. Det viste seg da at tre stykker valgte å stille. De kontaktet meg enten på e-post eller per telefon, for nærmere avtale.

Intervjuene foregikk i tidsrommet ultimo mai til ultimo juni. De foregikk enten på informantens arbeidssted, hjemme hos dem eller på Nordlandsforskning. Ett intervju foretok jeg per telefon. Intervjuene varte fra en time til 2,5 timer. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og senere transkribert. Lydfilene ble ikke lagt inn på lokal PC av anonymitetshensyn. Intervjuene er anonymisert slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne de som deltar. Det innebærer for eksempel at det ikke vil fremkomme nærmere beskrivelse av de enkeltes medisinske diagnoser eller nøyaktig alder.

### 3.4 ANALYSESTRATEGI

I en kvalitativ undersøkelse kan man velge seg ut noen enheter med ulike trekk, for slik å sikre bredde og et overkommelig omfang. I dette tilfellet var det Bodø kommune som valgte ut enheter de ville fokusere spesielt på. På grunnlag av dette er det følgende enheter jeg har konsentrert meg om: Helse og sosial, oppvekst og kultur representert ved SFO og barnehagesektoren og Bodø Byggservice sin renholdsavdeling. Felles for disse virksomhetene er at dette er enheter hvor sykefraværet blir ansett som høyt, det er typiske kvinneyrker og det er yrker kjennetegnet av slitasjeskader. Samtidig er det stor forskjell i organisasjonsstruktur og størrelse. Det er mest fokus på helse og sosialsektoren i denne undersøkelsen fordi det er den sektoren jeg har mest informasjon om.

Jeg utarbeidet intervjuguider tilpasset de ulike informantgruppene jeg skulle intervjuer dvs. uføretrygdede/personer på rehabilitering, virksomhetsledere, tillitsvalgte, verneombud, fastleger og saksbehandlere i NAV arbeid og NAV trygd og IA-rådgiver (tidligere atføringskonsulent). Samlet sett utarbeidet jeg åtte guider.

Dialogen mellom forsker og intervjuobjekt vil øke forskerens innsikt i og kunnskaper om et gitt fenomen i løpet av innsamlingen av empirisk materiale. På grunnlag av dette ble intervjuguidene noe omarbeidet etter hvert som jeg intervjuet de ulike informantene. Men fordi jeg ønsket å belyse utvalgte temaer, var det enkelte spørsmål som ble gjentatt overfor alle informantene. Guidene var relativt omfattende med hensyn til spørsmål, men jeg valgte allikevel å bruke en åpen og til dels ustrukturert intervjumetode. Jeg valgte denne metoden fordi det gjør det enklere å fange opp sider ved det studerte fenomenet som intervjuobjektene selv vektlegger.

Det er mange aktører som er involvert i en prosess som fører til langtids-sykemelding/ uførepensjon. Formålet med å intervjuer virksomhetslederne var å få en oversikt over det personalpolitiske arbeidet. Spørsmålene i intervjuene ble samlet under følgende overskrifter: "Organisatoriske forhold og rutiner", "ledelse og tilrettelegging", "samarbeid med den enkelte ansatte, fastlege, HM-tjenesten og NAV". Mer konkret ble det fokusert på forhold på arbeidsplassen slik som arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver, arbeidsorganisering, ledelse/organisasjon, medvirkning/innflytelse, bemanning, tilrettelegging på arbeidsplassen, mulighet for kompetanseutvikling, sosialt miljø, jobbinnhold og ikke minst på refleksjoner og tanker rundt årsakene til sykefravær.

Formålet med å intervju de tillitsvalgte/verneombud var for å få deres versjon av hva ledelsen faktisk gjør i forhold til de problemstillingene jeg ønsket å belyse og for å få deres refleksjoner og tanker rundt årsakene til langtidssykemeldinger og uføretrygding. I disse intervjuene fokuserte jeg hovedsakelig på organisatoriske og arbeidsmessige forhold, ledelse og rutiner i forhold til sykefraværarbeid.

Fastlegene har en nøkkelrolle når det kommer til langtidssykemeldinger og uføretrygding. Deres synspunkter og perspektiver er derfor av stor interesse i denne sammenhengen. Formålet var å få tak i hvordan deres møte med pasientene, arbeidsgiver og NAV er, og hva de anser er årsakene til sykefravær. Fokuset i disse intervjuene var både på makro og mikroforhold. Det ble fokusert på legerollen og organisatoriske forhold, på samhandlingen mellom lege og pasient, samhandlingen mellom lege og arbeidsgiver og mellom lege og NAV.

I og med at det er NAV (tidligere A-etat og trygdeetaten) som avgjør om en person fyller vilkårene for tidsbegrenset uførestønad eller uførepensjon var det naturlig å intervju nøkkelpersoner i denne etaten. Fokuset i disse intervjuene var på NAVs rolle i sykefraværarbeidet og samarbeidet med de ulike partene i sykefraværarbeidet. Deres vurderinger av sykefravær og uføretrygding vil dermed bidra til å skape et mer fullstendig bilde av slike prosesser.

Sist, men ikke minst spiller de som står i fare for uførhet eller som allerede er uføretrygdet en viktig rolle. Det er de som kan fortelle oss noe om hvordan de opplever/har opplevd prosessene rundt dette og som kan fortelle oss noe om hva som fungerer bra eller mindre bra. Hadde utfallet vært et annet hvis systemet rundt dem hadde møtt dem på en annen måte? Det var ingen som var i langtidssykemelding som ønsket å delta i undersøkelsen slik at jeg baserer meg på opplevelsene til personer som er i rehabiliteringsfasen og som allerede er uføretrygdet. De som er i rehabiliteringsfasen har fremdels et nært forhold til det å være langtidssykemeldt og har dermed mye relevant informasjon og refleksjoner rundt problematikken. Når man er i fasen hvor man faktisk er uføretrygdet blekner denne første prosessen noe. Spørsmålene jeg stilte til denne informantgruppen var sentrert rundt individuelle forhold – for eksempel hva som førte til sykemelding og uføretrygding, samhandlingen med arbeidsgiver, lege og NAV. Formålet var å få deres egne individuelle historie og opplevelse av prosessen rundt langtidssykemelding og uføretrygding.

Av anonymitetshensyn har jeg valgt å kalle tillitsvalgte, verneombud og IA-rådgiver tillitsvalgt i denne rapporten. Av samme grunn vil det enkelte steder heller ikke fremkomme hvem som har blitt sitert.

### 3.5 FORELIGGENDE DATA

I tillegg til egen innsamlet empiri har jeg også fått tilgang til Bodø kommunes foreløpige plan for en: *Langtidsfrisk og helsefremmende organisasjon*. Formålet med tiltakene som nevnes i planen er å redusere antallet som er sykemeldte per i dag, hindre at flere går ut i sykemelding, øke antallet langtidsfriske, øke jobbnærvær, hindre utstøting, samt å bidra til at arbeidstakerne blir lengre i jobben. Kommunen arbeider også for tiden med seniorpolitiske tiltak, men jeg kan ikke per i dag komme nærmere inn på dette da planen ikke er ferdig og fordi den ennå ikke er politisk behandlet.

## 4. ARBEIDSORGANISASJONEN

### 4.1 ARBEIDSBETINGELSER

På norske arbeidsplasser, og kanskje spesielt innenfor offentlig og kommunal sektor har det vært fokus på effektivisering og rasjonalisering i årevis – det skal være mer kvalitet for mindre penger, det er færre som skal gjøre jobben og brukerfokus har en sentral plass. Dette har også endret arbeidsbetingelsene for de som jobber innenfor kommunal sektor. I kjølvannet av NPM har effektiviseringen og rasjonaliseringen bidratt til at det for eksempel blir lite slakk i de ulike virksomhetene, og det har kanskje spesielt hatt konsekvenser innenfor helse- og sosialsektoren. Utallige omorganiseringer, lav grunnbemanning, tidspress og ikke minst mangel på arbeidskraft sliter på arbeidstakerne, og samlet sett krever dette mer av den enkelte ansatte i arbeidshverdagen. Dette kan føre til økt sykefravær for enkelte arbeidstakere:

*For å ta det helt generelt så er det veldig sjeldent at sykdom eller skade oppstår på grunn av manglende reguleringsmuligheter på en kontorstol, for å sette det litt på spissen. Det er ikke der problemet ligger. Problemet ligger i det at mange virksomheter blir satt under et kraftig press (...) kanskje, det er et press som forplanter seg nedover og som gjør at de som er sårbar for psykososiale påkjenninger de dropper først ut, og så hvis presset øker ytterligere, så blir det flere som går ut. (lege)*

*(...) Så vet jeg ikke om det går litt på kravene – hadde man satt litt lavere krav så hadde man kanskje fått flere til å jobbe kanskje enda bedre. (...) Jeg skjønner jo arbeidsgiver at de skal effektivisere og ha fokus på inntjening og sånne ting, men jeg tror at fokuset på inntjening går utover... Jeg tror man taper på det, faktisk. Det er jo noen som må gjøre jobben og hvis de ikke klarer å gjøre den så blir det sykefravær og de taper masse på det. (...) (NAV)*

Mange ansatte i kommunal sektor står under et konstant krysspress mellom effektivitetshensyn og kravet om kvalitet i den tjenesten de utfører. Det er på den ene siden krav fra arbeidsgiver som i stor grad handler om kvalitet på tjenesten og tidsressurser, og på den andre siden krav fra bruker knyttet til hva de opplever som en god tjeneste. Men i tillegg til dette setter arbeidstakeren selv sine egne krav og standarder til de tjenestene de utfører. Innenfor sektorer hvor det er de menneskelige relasjonene som står i fokus vil nok mange føle dette krysspresset

sterkt på kroppen i arbeidshverdagen fordi mye av deres arbeidsidentitet kan sies å være knyttet opp mot det Ve (1999) kaller en ansvars- eller omsorgsrasjonalitet. Ansvarsrasjonalitet handler om: (...) samhörighet og evne til å identifisere seg med andres skjebne” (199:142). Godt omsorgsarbeid krever at de ansatte byr på og tar i bruk sine følelsesmessige sider, for å identifisere brukerens behov. Omsorg handler dermed mye om å stille seg til rådighet for andre. Når en helsearbeider møter brukere som de opplever har et stort behov for omsorg, men samtidig ikke har tid til å yte denne omsorgen kan dette oppleves som frustrerende. Det er tross alt i møtet mellom bruker/pasient at kvaliteten i tjenesten kommer til uttrykk og siden det er mennesker det handler om kan det være vanskeligere å definere hva som er god nok omsorg. Er det et misforhold mellom det arbeidsgiver har definert er god nok omsorg, den tiden som er satt av til å utføre en tjeneste, og det arbeidstakeren selv mener er nødvendig av tid for å utføre en kvalitativ god tjeneste kan dette skape en følelse av utilstrekkelighet hos arbeidstakeren. En vedvarende utilstrekkelighetsfølelse i kombinasjon med andre uheldige forhold i jobben, eller livet for øvrig, kan skape et press mange arbeidstakere ikke takler og som man kan anta kan ha som konsekvens midlertidig/varig utstøting fra arbeidslivet. Kvamme (2000) viser nettopp til at den kvinnelige omsorgshabitusen kan komme til uttrykk på forskjellige måter avhengig av generasjon, klassetilhörighet og utdanning. Man kan dermed tenke seg at evnen til å takle endrede arbeidsbetingelser også kan være knyttet til generasjon, klassetilhörighet og utdanning, men også til mentale ressurser og individets totale livssituasjon. Mitt materiale indikerer at ansatte opplever frustrasjoner knyttet til dette krysspresset. Denne frustrasjonen blir kanskje spesielt sterk når man jobber i forhold til mennesker som trenger hjelp og omsorg.

*(...) Nå har det blitt bedre ved at vedtakene oftere er reelle, altså at den tidsbruken som faktisk står på vedtaket er det de har behov for. Før kunne det være sånn at behovet var satt til 30 minutter på vedtaket og så brukte du faktisk en time. Der har vi sett en bedring. Man ønsker jo gjerne å hjelpe, spesielt innenfor den sektoren. Det er ofte eldre, ensomme, tunge psykiatriske brukere, tunge rusmisbrukere, gjerne kombinasjon av rus og psykiatri som da har et vedtak på 10 minutter for å levere medisin. Det de egentlig trenger i tillegg er noen som faktisk kan sitte der å prate med dem og man ønsker jo gjerne det. Og så sitter du der og ser på klokken; Og gud, nå må jeg dra! Nå blir jeg sen dit! Det evige stresset med å rekke over alt. Og det evige stresset med at man ikke får gjort nok det er det som rett og slett sliter folk ut.*

Og i den forbindelse nevner også flere misforholdet mellom mestring og krav i arbeidet og dette knyttes gjerne opp mot tidsfaktoren. Det er mye som skal gjøres,



det er emosjonelt utfordrende, tiden er knapp og samlet fører dette til opplevelsen av stress. Mange takler dette uten å bli syke av det, mens andre mestrer dårligere disse kravene og ender i sykemelding. Igjen kan det være hensiktsmessig å vise til enkeltindividenes menneskelige ressurser og private livssfære. Våre reaksjonsmønstre er et resultat av arv og familieforhold samtidig som det også er et resultat av: ”alle de påvirkninger, krav og belastninger vi møter i hverdagen” (Grunnet 1989:7). Det kan forklare hvorfor noen takler mange arbeidsoppgaver og stress bedre enn andre. Men når store deler av de ansatte viser til tidspress i arbeidshverdagen<sup>5</sup>, kan man tenke seg at årsaken til opplevelsen av stress i større grad kan knyttes til strukturelle forhold i arbeidsorganisasjonen ved at det er for liten samsvar mellom tid avsatt til arbeidsoppgaven og at det er for få ansatte til å gjøre det arbeidet som kreves på en god måte. Når grunnbemanningen er redusert til et minimum, skal det lite til før de ansatte føler at de ikke strekker til i de oppgavene de er satt til å gjøre på en ordentlig måte.

*Vi har en del stressaker, en del utbrenthetsaker og hvor også legene gir tilbakemeldinger på at det er forskjell på mestrings og krav. Det som fører til lettere psykiske diagnoser. Det tror jeg man sliter veldig med. (...) Men det er klart at arbeidsmarkedet er så tøft og det er så mye som skjer som du skal forholde deg til at den mestringsbalansen ligger der hele tiden. (...)*  
(NAV)

*Folk springer, de går ikke. De har et fryktelig stort ansvar. Folk tar det ansvaret. De er veldig flinke til det og det er kanskje det som ofte gjør at folk møter veggen – at ansvaret blir for stort ift tempoet. At man føler at man ikke får gjort det man skal gjøre. Og man føler at man mister fagligheten i det man gjør fordi det går for fort, rett og slett. Men det vil også variere fra virksomhet til virksomhet. Det er veldig store forskjeller i størrelsen på soner og sykehjem slik at det vil nok variere fra virksomhet til virksomhet. Og så er det veldig personlige forhold som spiller inn. Noen vil alltid ha det travelt om du har tre brukere på en kveld, eller tre brukere. Mens andre takler det stresset og det ansvaret på en annen måte. Det er veldig individuelt, tror jeg. Men at det er et negativt stress – ja, det er det. Og den arbeidsmengden som ofte blir – og det har noe med mangel på innleie – du har i utgangspunktet tøffe lister og det er klart at hvis du på en normal kveldsvakt på en 7-8 timer skal innom tre stykker og skal ha kvalitet på den tjenesten du utøver – det lar seg vanskelig gjennomføre. Det blir et negativt stress (...) Folk går hjem og er sliten og stresset (...).*

---

<sup>5</sup> En nylig publisert undersøkelse fra Arbeidstilsynet viser nettopp til at ansatte i mange kommuner opplever et stort tidspress i arbeidshverdagen sin (E. Utaaker, Arbeidstilsynet 2007)

*(...) Det går ikke på bare det at man ikke får gjort det der og da, men den frustrasjonen over at du ikke strekker til. Den utilstrekkelighetsfølelsen er tung for alle. Du har planer for hva du skal gjøre, men du føler hele tiden at du ikke får gjort det. Når du går igjennom dagen så: Nei, den ungen har jeg ikke fått snakket med og den ungen har jeg nesten ikke sett i dag fordi... Det blir mentalt stress og det at du hele tiden må være med å være veldig fleksibel og forandre på planer. Det og det skal jeg gjøre i morgen, men når morgendagen kommer, så nei. Det er fordi det ikke er folk. Det er ting som er med på å slite. (rehab.)*

Senere i intervjuet sier vedkommende følgende:

*(...) det er ikke bare vår arbeidsplass at du er helt utslitt. Og du blir jo ikke bare fysisk utslitt, men det blir også det psykiske stresset. Den følelsen av at jeg har ikke strukket til i dag. Vi har prøvd å sette oss ned noen ganger. I stedet for å fokusere på hva vi ikke klarer å gjøre til: Hva har vi egentlig klart og gjort denne perioden, tross alt? Vi prøver det - og i løpet av dagen så sier vi; glem nå det og så prøver vi å se på: Hva kan vi gjøre? (...) Hva skulle egentlig denne dagen bestå av? Hva kan vi gjøre? Og så setter vi opp det vi kan få til i løpet av dagen. Og hvis det er vanskelig så må vi bare gjøre noe annet. Og hva kan vi gjøre i stedet for å få det til best mulig? Det handler om å være veldig fleksibel og det å se løsninger i stedet for å se begrensninger. I stedet for: Ah, nå er det sånn her og det klarer vi ikke! Men hva klarer vi og hvordan klarer vi det?(rehab.)*

Dette sitatet viser at de ansatte har kommet til en form for felles erkjennelse av utfordringene knyttet til oppgavemestring og knapphet på tid. De har utviklet en form for mestringsstrategi som innebærer å forsøke å få en balanse mellom arbeidsoppgaver og tiden de har til rådighet, for på best mulig måte kunne takle arbeidshverdagen. Men til tross for denne refleksjonen og ønsket om å gjøre noe med det er det altså vanskelig. Det kan oppleves som svært vanskelig og ikke minst frustrerende å sette grenser selv når du ser at det er noen som har behov for deg. Dette illustrerer hvordan emosjonelt arbeid sliter på arbeidstakerne. De er vant til å se og tolke behov hos dem de skal hjelpe, og de ønsker å tilfredsstille disse behovene på en kvalitativ god måte, men så opplever de at rammebetingelsene for å gjøre en god jobb ikke er til stede.

Sitatene viser at de ansatte kan settes i et krysspess mellom egne forventninger, arbeidsgivers forventninger og brukeres forventninger. Så lenge det ikke er balanse i de ulike forventningene - hvis ens egne standarder og krav til seg selv og egen innsats ikke nås til tross for at de i arbeidsgivers øyne har gjort det man kan

forvente ut i fra tid, bemanning og budsjett, kan det fort oppstå en ubalanse hos arbeidstaker. Over tid kan det resultere i så store frustrasjoner og opplevelse av utilstrekkelighet at det går på helsen løs. Det påpekes av flere at det tross alt ikke er ting de jobber med, men mennesker. Det krever en helt annen tilstedeværelse både fysisk og mentalt. Samtidig måles mange av de ansatte i forhold til kvaliteten på den tjenesten de skal utøve. Denne kvaliteten oppstår i møtet mellom ansatt og bruker. Dersom ikke tiden som er satt av er tilpasset den kvaliteten som kreves i tjenesten, settes også de ansatte i en vanskelig situasjon. Men dette krysspresset er ikke bare knyttet til de som jobber innenfor de relasjonelt orienterte yrkene.

Mitt materiale antyder at flere ansatte innenfor renhold også opplever at det ikke er samsvar mellom det arbeidsgiver anser som god nok kvalitet, det kunden anser som god nok kvalitet, og arbeidstakers egne krav til hva som skal til for å gjøre en tilfredsstillende jobb. Og det er ikke nødvendigvis slik at arbeidsgiver stiller så høye krav at de ansatte ikke har mulighet til å oppnå dem, men det kan på den ene side være kunden som ikke er fornøyd med resultatet og på den annen side kan det være den ansatte selv som ikke er fornøyd med den jobben de gjør. De kan ha sine egne krav og standarder for hva *de* mener skal til for å gjøre en tilfredsstillende jobb.

*(...) Hvis man bruker dagens måte å gjøre ting på så er vel ikke yrket å betrakte som tungt lenger. Men det er en kultur som er innarbeidet for mange år tilbake. Og det å få folk til å være bevisste på at nå kan vi gjøre dette på andre måter, og få aksept for det. Og det er ikke enkelt bestandig.(...) De (ansatte, sic.) mener at det ikke er godt nok, selv om forskning og alle resultater viser det stikk motsatte. Så er det ikke alle som aksepterer den biten der. Og så er det kunder som også poengterer at det blir ikke rent fordi de bruker ikke vann. Og da føler de også et press ifra kundens side og føler at de må gjøre det av og til likevel. (...) de som bestiller tjenestene vil jo betale minst mulig. Det i seg selv driver kanskje at man ikke får gjort det sånn man kanskje burde ha gjort det. Men det er også det da at man må akseptere at bestiller, hvis de bestiller fem timeverk, så ok da får de det. Og så får de ikke noe mer og så får bare resultatet bli deretter. (...) En del blir frustrerte over det fordi de føler at de ikke får gjort seg ferdige med det de egentlig burde gjøre. Men stort sett så har de rimelig bra med tid. (...)*

Annen forskning belyser også det dilemmaet som her blir skissert. Skilbrei (Ellingsæter og Solheim (red) 2002:251-253) ser renhold i et kjønnsperspektiv, og viser til at mye av de kvinnelige arbeidstakernes motstand mot endringer i vaskemetoder i stor grad handler om muligheten for å bruke de samme

renholdsmetoder som de bruker i hjemmet, hvor vann og såpe regnes som en viktig del av et skikkelig renhold. Det vises også til at det er problematisk for disse kvinnene at deres kompetanse knyttet til husarbeidet blir usynliggjort da de selv i stor grad setter likhetstegn mellom lønnsarbeidet og husarbeidet. Deres kjønnsidentitet blir forsterket i.o.m. at de kobler jobben som en god renholder til deres gode evne til å holde deres private hjem i orden. Undersøkelsen viste også at kvinnene ikke trodde at tørrmopping ga like gode vaskeresultater, og enkelte fortsatte derfor å bruke de metodene de brukte hjemme også som betalt renholder, til tross for arbeidsgivers instruksjoner. For disse kvinnene var det viktig å utføre jobben nøye, og slik en god husmor ville gjort. I bunn og grunn handler det om hvem som har makten til å definere innholdet i arbeidet. Å gjøre arbeidet bedre enn det arbeidsgiver har pålagt dem ble deres måte å synliggjøre makten og den selvsikkerheten de selv har i forhold til eget arbeid, og samtidig har de i mange tilfeller oppdragsgiveren på samme side. På mange måter møtes en effektiviseringsideologi hvor kvaliteten på arbeidet blir mindre viktig, og en husmorideologi hvor nettopp kvaliteten står i fokus.

Det siste sitatet antyder at det ikke er en omforent forståelse av forholdet mellom pris, kvalitet og tid avsatt til arbeidet. Og det er den enkelte renholder som da havner i en skvis mellom de ulike parters forståelse av oppdraget. Som renholder ute på oppdrag er det vanskelig å bli stilt til rette for dårlig utført arbeid selv om man har gjort det man kan forvente innenfor den tiden som er avsatt. Over tid kan dette skape frustrasjoner hos arbeidstaker.

#### **4.1.1 Arbeid og fysiske krav**

I ovennevnte avsnitt viste jeg til at relasjonelt arbeid innebærer mentale utfordringer for de ansatte og jeg knyttet dette til arbeidets karakter og tidspress. Arbeid innenfor helse og sosialsektoren, barnehager, SFO og renhold innebærer også fysiske utfordringer, og man kan tenke seg at slitasje over lang tid vil føre til sykemeldinger. I hvor stor grad man takler fysisk utfordrende arbeidsoppgaver, er ikke bare knyttet til tilgang på hjelpemidler. Det er også knyttet til hvordan den organisatoriske praksis er når det gjelder å ta i bruk hjelpemidler og til enkeltindividenes helse og fysikk. Noen er bygget slik at de tåler større belastninger enn andre og noen kan trene seg til å kunne takle større belastninger, men samtidig vet man at nesten uansett vil alder ha stor betydning for hvor store fysiske belastninger man tåler. Flere av de intervjuede påpeker da også at stillinger innenfor renhold, eldreomsorg og barnehager kanskje ikke er mulig å inneha over et helt yrkesliv. Det blir vist til både arbeidets iboende karakter, men det vises også til de fysiske kravene slike jobber har.

*Felles for disse er jo at det er yrker uten karrieremuligheter. De har ingen avansmuligheter, de har ingen retrett, de har ingen gulrøtter i systemet. Det er ikke sikkert at noen mennesker er skapt til å jobbe med sånt et helt liv. Du skal vaske gulv et helt liv. Det er ikke sikkert at verden henger sammen sånn. Det er jo veldig få frisører som når pensjonsalder. Og det vil det ikke være blant renholdere, og det vil det ikke være blant ansatte på sykehjem. Det er helt utenkelig. Så kanskje er problemstillingen helt feil. Kanskje skulle man ikke regne med at folk skal være i sånne yrker lenge – at sånne yrker har man i en viss periode og så må man over i noen annet. (lege)*

Det som kjennetegner renhold er gjentakende og ensidige bevegelser. I Bodø kommune har de innført bestiller-utfører-modellen og det innebærer at kommunens ulike virksomheter kjøper vasketjenester av Bodø byggservice. Kvaliteten på det arbeidet som gjøres, vil dermed være avhengig av den prisen kunden er villig til å betale. For de ansatte innebærer det at de skal vaske et antall kvadratmeter innenfor et gitt tidsrom. Dette krever ikke nødvendigvis så stor fysisk styrke, men det faktum at det er kjennetegnet av ensidige bevegelser kan føre til belastningslidelser. Nettopp dette påpeker en lege:

*(...) Har man fulgt litt med i timen så vet man at renhold dreier seg om noe helt annet enn det gjorde for 15 år siden. Det er ikke nødvendigvis så fysisk tungt, men det er ensidig belastende. Jeg har veldig ofte lyst til å skrive "moppesyke" som en diagnose på enkelte. De er jo veldig utsatt for å få tennisalbue eller få betennelse i muskelfester rundt albuen for eksempel fordi du står og vrir hele tiden med den moppen. Det blir veldig ensidig. Du får en vridning i kroppen som er uheldig mange ganger.*

Det betyr altså at nye vaskemetoder ikke nødvendigvis bidrar til mindre belastningslidelser. Men som en informant opplyser, så kan for eksempel boning av gulv være et enkelt grep for å lette arbeidet for rengjøringspersonalet. I hvor stor grad hjelpemidler er tilgjengelig, i hvor stor grad de er tilpasset de som skal bruke dem, og at de faktisk blir brukt i arbeidshverdagen, vil kunne ha betydning for det arbeidsrelaterte fraværet.

#### **4.1.2 Bemanningsfaktoren og stillingsbrøker**

En effekt av NPM har vært nedbemanning og effektivisering i offentlig sektor. Lav grunnbemanning innebærer at det blir lite slakk og fleksibilitet i organisasjonen, og denne sårbarheten kan komme til syne ved fravær. Leies det ikke inn vikarer ved fravær, innebærer det at de som står i jobben får en mer-belastning som over tid

kan skape nye sykemeldinger. Mangelen på hender i pleie- og omsorgssektoren, og manglende bruk av vikarer, eller vikarer som ikke kjenner arbeidet godt nok, er forhold som sliter på de ansatte innenfor sektoren.

*Det er jo en kjent sak at det er for lite folk på jobb. (...). Det er jo en helt annen sak at det må mye mer folk på jobb. Det må mye mer mannfolk på jobb! Jeg tror mannfolkene blir mer hørt. Og vi kvinnfolkene er så elastiske. Vi strekker oss mer, tror jeg. Jeg tror mannfolkene er flinkere til å si ifra – at sånn er det. Det må vi bli flinkere til. Det er jo mennesker vi skal ta vare på. Det er ikke bare godt å legge det bort å vente til i morgen. Det går ikke an. (ufør)*

I tillegg til å peke på at det er for få folk på jobb, trekker denne personen frem at dette også har en kjønnsmessig side i hvordan de ansatte takler situasjonen. Hun sier at kvinnfolk strekker seg mer og tær og tåler, mens hun tror at menn i større grad ville sagt fra om at arbeidsforholdene ikke var gode nok, og indirekte sier hun at de kanskje også ville blitt hørt i større grad enn kvinner.

*(...)det er ikke nok folk. Det vil slite på folk når du ikke får inn vikarer. Hvis det går over tid vil det slite på hele miljøet. (...) (tillitsvalgt)*

Å spare inn ved å redusere bemanningen til et minimum, kan på sikt gi økte utgifter til vikarer fordi arbeidsorganisasjonen har blitt så slank at den ikke takler fravær. En virksomhetsleder viser til at hun sender vikarene på samme kurs som de fast ansatte fordi de er så hyppig involvert i arbeidsorganisasjonen. Da kan man spørre seg om organisasjonen kanskje burde ansatt noen av disse vikarene i faste stillinger i stedet. Det ville gitt større slingringsmonn for organisasjonen ved fravær og på individplan ville dette skape større trygghet og forutsigbarhet. I tillegg kan lav grunnbemanning i seg selv skape misnøye som virker negativt inn på arbeidsmiljøet.

I tillegg til uforutsigbare arbeidsbetingelser nevner de intervjuede – og da spesielt de tillitsvalgte - lav stillingsprosent som årsaker til sykefravær. Dette knyttes gjerne til lojalitet og ansvarsfølelse, men også til arbeidskonteksten – som ansatt i liten stilling blir man ikke helt inkludert i arbeidsfellesskapet.

*Det er ufattelig mange stillinger som er ledige. Samtidig er det ufattelig mange små stillinger. Det er kanskje spesielt i forhold til sykefraværet. Det er noe med at folk som jobber i 18-20% stilling fast går og jager ekstra vakter for å få en inntekt å leve av. Det er klart at når du ikke vet hva du har, så jobber du det du får. Og da jobber du gjerne 14 dager til 3 uker i*

*strekk, for da ser du at du får en vakt der, og en vakt der for å sikre deg inntekt. Og det betyr jo at du jobber deg halvt i hjel, for det er jo vakter i bøtter og lass å ta av fordi det er manko på folk. Og det er høyt sykefravær i utgangspunktet, og det igjen fører til høyt sykefravær hos de som har små stillinger. Det er en veldig negativ spiral. (tillitsvalgt)*

*(...)Det er klart at hvis man bare har en liten helgestilling, så får du ikke noe personlig forhold til arbeidsplassen. Det er lettere å være syk da rett og slett. Du føler kanskje at du ikke har noen betydning for arbeidsplassen din. Du ser aldri lederen, for de er gjerne ikke på jobb i helgene. (...)(tillitsvalgt)*

*Og litt av problemstillingen med de som jobber i små stillinger, de jobber bare annenhver eller hver tredje helg, så har du ikke noe eierforhold til jobben din. Det er veldig lett da, søndags morgenen å si: "Åh, nei jeg er nok litt syk". De som jobber i full stilling, sier at: "Det går nok bra denne dagen også". Det er noe med eierforholdet til jobben og den ansvarsfølelsen du får for jobben din som blir veldig, veldig redusert i så små stillinger. (...)(tillitsvalgt)*

Jeg har ingen statistikk fra kommunen som rent faktisk kan verifisere det informantene her antyder om sammenhengen mellom stillingsbrøk og sykefravær, men uansett er dette refleksjoner de har om denne sammenhengen. Små stillingsandeler skaper liten forutsigbarhet hos den enkelte og kan skape misnøye i organisasjonen. Det informantenes utsagn peker på, er at en sentral utfordring er å finne måter å bemanne og organisere arbeidet slik at det kan være mer tilpasset situasjonen både til de ansatte og de som skal motta tjenestene.

#### **4.1.3 Mer krevende omsorgsoppgaver**

De intervjuede viser til at rammebetingelsene i sektorene har endret seg mye i løpet av de siste årene. Endringer i brukergrupper – både sammensetningen og aldersmessig - har bidratt til radikalt endrede arbeidsoppgaver og -betingelser. Brukergruppene i pleie- og omsorgssektoren har blitt mer krevende fysisk (mange eldre har til dels sterkt svekket fysisk helse) og mentalt (flere pasienter har kognitiv svikt og flere brukere av hjemmehjelpstjenestene har mentale lidelser). Antall krevende brukere har økt samtidig som tiden til hver bruker har blitt knappere. Rent konkret innebærer det at ansatte må gjøre mer på kortere tid. Samlet skaper dette for mange en opplevelse av mer stress i hverdagen. En virksomhetsleder viser til at mange av beboerne har kognitiv svikt og at den gjennomsnittlige beboeren har

seks grunnlidelser. Kognitiv svikt innebærer økt tilsyn og oppfølging av beboerne, og hun sier videre:

*(...)Det er veldig få som vi kan forlate. Og så har du den samme spørningen opp og opp igjen. Den slitasjen er både fysisk og psykisk. Det er helt klart. (...) over lang tid så er det en stor slitasje. Så jeg spør meg om det er rett det vi holder på med? (...) De har stått i det over så mange år at nå begynner de å kjenne at nok er nok. Jeg synes jeg nå ser som leder at det har blitt mer belastning sånn sett når det gjelder slitasjen på folk.*

Utsagnet viser til at organisering av tjenesten kan bidra til å slite ut de ansatte over tid. Den psykiske belastningen kan bli så stor at man i stedet for å snakke om fysiske slitasjeskader, nærmest kan snakke om mentale slitasjeskader. Lederen viser videre til å være i et lite dilemma, for hun ser at organiseringen av pleien slik den er nå, fører til stor slitasje på enkeltansatte. Samtidig ønsker de som jobber der, nettopp å jobbe med en spesifikk gruppe av beboere.

Endringen av pasientsammensetningen og terskelen for å få sykehjemsplass, har også konsekvenser for hjemmetjenesten. Tidligere tiders matlagingstjenester og renhold av "snille eldre damers" hjem, har blitt endret til også å innebære mer pleierelaterte oppgaver.

*(...) Det var en helt annen verden å jobbe i hjemmetjenesten for 25 år siden, for brukerne hadde jo ikke et sånt pleiebehov da. Det gikk stort sett på husvasking, matlaging og klesvask. De hadde lite med brukerne og deres hygiene å gjøre. Var det noen som trengte hjelp, så ble de sendt til sykehjem mye tidligere. Der er det jo en stor endring i hjemmetjenesten – enorm endring.*

*Terskelen for å få sykehjemsplass i dag er mye høyere enn den var for få år siden. En ting er at det innebærer at det blir tyngre dager for dem som jobber på sykehjem, en annen ting er at de som ikke jobber på sykehjem, de er jo i hjemmetjenesten. Sånn at man ser at det er veldig, veldig syke folk som bor hjemme som har enorme hjelpebehov. I dag skal du gjerne ha en demensdiagnose hvis du skal få plass på sykehjem. Du har folk som bor hjemme, både fordi de ønsker å bo hjemme, og fordi det ikke finnes plasser fordi det er så mange andre som trenger de plassene som er. Det arbeidspresset for dem som er i hjemmetjenesten er kjempestort, også fordi inne på et sykehjem, så er det lettere å organisere dagen – man kan gå to sammen og hjelpe ved tunge stell. I hjemmetjenesten så er det vanskelig å gjennomføre det.(...)*



I tillegg til økt pleiebehov hos eldre som bor hjemme i egen bolig, har også gruppen av personer med store rus- og psykiatriproblemer bidratt til å endre arbeidshverdagen hos de ansatte i hjemmetjenesten. Denne endringen i brukergrupper har også bidratt til økt trussel- og voldsproblematikk i sektoren. De ansatte har ikke i tilsvarende grad blitt opplært til hvordan de skal takle denne typen utfordringer.

*Brukergruppene har jo endret seg kraftig på de siste fem årene. Det fokuset som kommer nå, kanskje spesielt dette med vold og trusler, det har presset seg fram på grunn av de endrede brukergruppene. Tidligere så var det gamle søte damer som man hjalp til å vaske om morgenen, mens i dag har du mange andre grupper brukere i tillegg. (...)*

*(...) hvis du som hjelper skal gå inn i et hus og være redd - da får du ikke gjort den jobben du skal gjøre. Jeg har vært borti brukere hvor man får beskjed om at: "Husk du må ikke snu ryggen til han"! Og der skal man gå inn å gjøre en jobb. Man har brukere som er på tvangsvedtak, som blir tvangsinnlagt. Og da sitter man som hjelpepleier sammen med denne brukeren, og venter på at politiet skal komme og hente han. Politiet kommer og henter han i fullt verneutstyr med skuddsikre vester og bevæpnet - og der sitter den hjelpepleieren... Man setter ikke sånn pris på den jobben de gjør med tanke på sikkerhet. Som ansatt i helsesektoren, du kan være sykepleier eller ufaglært, så er det forventet at du skal gjøre den jobben, men med en gang det kommer andre etater inn, så har de et helt annet sikkerhetsnett rundt seg.*

Innenfor barnehagesektoren har det også skjedd endringer i brukergruppen. Det gjelder spesielt i sammensetningen av og antall barn. Det har blitt flere og flere småbarn i avdelingene, og disse krever en helt annen oppfølging og tilsyn enn eldre barn. Dette er både fysisk og mentalt krevende:

*(...) Det er støy, ikke minst. (...) Ikke minst det at det er flere barn og det er yngre barn. Barna har blitt yngre de siste årene. Før var det tre år i den store gruppa. Nå er det 2,5 år. Det er merkbart. Og vi har fått flere 1 og 2-åringer inn som er krevende. Pluss at den eldste gruppa fra 5-6 år. Det er kjempeforskjell på en femåring og en seks-til-sju-åring når det gjelder hva de kan klare selv - sånn som påkledning. Det er mer krevende når man har flere barn. Du må følge mer med. Du må jo være med de minste på en helt annen måte enn de store. En stor unge kan man si vent litt, men det kan*

*man ikke til en liten. Det er mer stress. Og ikke minst når man er ute med de minste. Du må ha øynene på dem. Det er det der å telle og telle og den følelsen av at du ikke strekker til. Du skulle vært ti steder på en gang enkelte ganger. (...)(rehab.)*

På spørsmålet om det er for få ansatte, får jeg følgende svar:

*Det er jo etter lov og forskrifter, men følelsen av at vi er mindre. Det kreves mer jo mindre de er – på en annen måte. Du kan ikke si at de større barna ikke krever, for det gjør de jo, men de krever noe annet. (...) Det er jo den bemanningen som er lovbestemt i barnehagen. Skal de se på hva som sliter i barnehagene, og det er jo ikke bare i vårt yrke, jeg har inntrykk generelt at det er flere oppgaver på færre i dag. Du sliter ut folk, og jo mer sårbart blir det når det er noen som er borte. (rehab)*

*Vi har en bemanningsfaktor som gjør at vi klarer så og så mye og resten må du faktisk la være. Og det går på den sosiale biten og det går på å få folk ut. Så det blir pleie og medisin vi stort sett klarer å gjennomføre (...)noen ganger så må vi i møte med pårørende og så må vi dra dem ned og fortelle dem at dette faktisk er de rammene vi har fått, og dette er det vi klarer innenfor rammene. Dette klarer vi ikke innenfor rammene så det må dere heller ikke ha forventninger om. (...) (virksomhetsleder)*

Kombinasjonen av lav grunnbemanning, tidspress og mer krevende brukere, kan over tid bidra til høyere sykefravær. Det er imidlertid ikke slik at arbeidsbetingelser objektivt sett nødvendigvis fører til fravær. Ulike individer tåler ulike belastninger, grunnet ulikheter i helse, ulik fysikk og psykisk styrke, slik at noen kan finne arbeidsbetingelsene tilfredsstillende mens andre vil kunne ha problemer med å takle dem. På den annen side vil en økning i belastninger gjøre at flere opplever at de ikke strekker til i det faglige, noe som kan føre til slitasjer over tid.

#### **4.2 DET PSYKOSOSIALE ARBEIDSMILJØET OG ARBEIDSKONFLIKTER**

Det organisatoriske arbeidsmiljøet handler om hvordan organisasjonen er organisert og hvordan arbeidet blir lagt til rette. Det psykososiale arbeidsmiljøet er et mer diffust begrep, men omfavner gjerne både det organisatoriske arbeidsmiljøet og det psykososiale arbeidsmiljøet, som da er mer orientert mot psykiske forhold. Psykososialt arbeidsmiljø kan dermed sies å beskrive forhold av både mellommenneskelig og individrettet karakter og systemforhold (Pedersen 2002).

Mange ulike forhold på en arbeidsplass er med på å påvirke et individs trivsel og helse. Det en person opplever som en spennende utfordring, kan en annen oppleve som en stor belastning. Det er derfor viktig å være klar over at opplevelsene av arbeidssituasjonen også har et individuelt aspekt. Man kan hevde at et godt psykososialt arbeidsmiljø fremmer samhandling og effektivitet for alle i arbeidsorganisasjonen. I undersøkelser hvor man knytter psykososialt arbeidsmiljø mot muskel- og skjelettlidelser, er det særlig tre forhold som peker seg ut som negative: høye jobbkraav, manglende sosial støtte på arbeidsplassen og liten egenkontroll i arbeidet. Et godt arbeidsmiljø tar på den annen side hensyn til den ansatte både som fagperson, som ansatt med rettigheter til innvirkning på egen arbeidssituasjon og som individ med et liv utenom arbeidet. Et godt psykososialt arbeidsmiljø er derfor gjerne et godt utgangspunkt for å unngå sykefravær. Arbeidsmiljø er noe vil alle skaper i samhandling med hverandre både kolleger og ledere, det vil si at *alle* på en arbeidsplass har et ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø. Det er gjerne de tillitsvalgte som blir kontaktet når det er konflikter på arbeidsplassen og de påpeker nettopp dette at alle har et ansvar:

*(...) Jeg er inne i en del saker som går på arbeidsmiljø. Folk kan komme til meg og si: "Vi har så dårlig arbeidsmiljø". Og da spør jeg: "Ja, hva gjør du selv med det"? "Jeg? Hva skal jeg gjøre? Det har ikke noe med meg å gjøre!" Og da svarer jeg at: "Jo, det har du faktisk. Det er hver og en av oss som skaper et arbeidsmiljø". "Kanskje dere skal diskutere på jobb hvordan dere ønsker å ha det", pleier jeg å si. Det å ta tak i ting tidlig har jeg veldig tro på.*

*(...) for å få det bedre på arbeidsplassen så kan man ikke bare si at det er lederen som må ordne dette. Det er vi som er på matta som må gjøre mesteparten av det. Alle har ansvar. Uten tvil. Samtidig må man ha muligheter til å påvirke hverandre. Komme med innspill og at alle har noe å si i spesifikke saker. Det er veldig viktig det også – at alle får være med på det. Og dermed får man bedre samhold på arbeidsplassen. At de føler at det betyr noe det de er med på. Det å føle at man skaper noe. Det er jo kjempeviktig.*

*Det er gjerne: "Lederen min er en tosk"! Kort fortalt. Det er vel ofte det som er problemstillingen. Noen steder har de rett, andre ganger ikke. Noen arbeidstakere har ledere som er vanskelige, andre arbeidstakere har ikke skjønt at de har både rettigheter og plikter. De tror at de bare har rettigheter. Slik at det varierer sterkt. (...)*

Til tross for at det er hver enkelt arbeidstaker som må ta ansvaret for å skape et godt og trivelig arbeidsmiljø for alle, er det viktig å påpeke at lederen har en sentral rolle for å legge til rette for et godt arbeidsmiljø. Der det oppstår konflikter, har lederen et viktig ansvar for å gripe tidlig inn. Alle arbeidsplasser har konflikter av ett eller annet slag, men noen steder får de lov til å vokse seg så store og vanskelige at det ender med sykefravær.<sup>6</sup> Konflikthåndtering er således en viktig del av lederrollen, og jo tidligere leder tar fatt i problemene, jo lettere er de å løse enn hvis konflikten får satt seg i organisasjonen. Det er mange forhold de intervjuede mener har stor påvirkning på hvordan arbeidsmiljøet blir på den enkelte arbeidsplass. Det handler om ledelse generelt sett og nettopp om konflikthåndtering:

*(...) Og der har vi kanskje et forbedringspotensialet, vi har kanskje ikke vært riktig flinke til å ta tak i det. Vi har hatt store tepper. Og det ser vi hvor dumt og tullete det er. Det er jo greit å ta opp konflikten før det blir en stor konflikt ut av det. Når det begynner å bli byller så er det nesten ikke mulig å løse det. Da må du gjerne løse det ved å flytte. Unnlatelsessynden er stor. Det er ubehagelig å ta opp ting og det går på alt fra hvordan man gjør jobben sin til hvordan man opptrer overfor både kunder og kollegaer. Der er vi pysete. (...) Det er jo en lederoppgave. Vi har mye å gå på. (tillitsvalgt)*

*(...) Jeg tror folk ofte blir frustrerte når de støter mot forskjellige hindringer ift det å få til en nyttig prosess. Folk kommer til jobben med et ønske om å gjøre en god jobb. Det er jeg hellig overbevist om – i hvert fall 99,9 % gjør det. Det som frustrerer, det som gjør det konfliktfylt og det som får folk over på andre substituttaktiviteter det er når du ikke får følelsen av at her går det faktisk an å få gjort en god jobb. Fordi prosessene er ikke godt tilrettelagt. De blir rett og slett hindret i å gjøre en ordentlig jobb. Og da kan det selvfølgelig oppstå en snøball som ruller som ender opp i en sykemelding til syvende og sist. (lege)*

Mange av sitatene kan tyde på at det er en del så kalte varme konflikter i organisasjonen. Dette er en type konflikter som er knyttet til enkeltpersoner som jobber sammen, og dreier seg i stor grad om mer relasjonelle og emosjonelle forhold. Men det handler om mer enn kjemi mellom de ansatte og mellom ansatte og ledelse. Det kan også handle om kjemi mellom ansatt og brukere/pasienter. Samtidig handler det også om hvordan man håndterer medarbeidere, eller brukere som man ikke går så godt sammen med. Dette har både en organisatorisk side som

---

<sup>6</sup> Einarsen () hevder at en norsk konflikt i gjennomsnitt varer i tre år.

dreier seg om hva som anses som akseptert atferd, samtidig går det på individuelle forhold i forhold til personligheter.

*(...) ofte er det kjemien. Og det føler jeg at det er veldig opp til den enkelte leder – om hvor god leder du er. (...) Jeg har tro på å ta opp ting veldig tidlig. (...) ofte så er det veldig mye misforståelser som egentlig er enkelt å ta med en gang. (...) lederne de er ofte sånn at: ”Nei, jeg tror vi må ta kontakt med attføringskonsulenten”. (tillitsvalgt)*

*(...) det skjer noen ganger at folk kommer i klinsj med hverandre. Det kan både være mellom ansatt og bruker og mellom ansatt og ansatt, men da har vi prosedyrer på hvordan vi ønsker at ting skal håndteres. (virksomhetsleder)*

*(...) Noen steder så krangler de, men det er fordi de ikke liker trynet på hverandre. Det er ikke det at det er noe genuint galt med arbeidsmiljøet. Det er mennesker som ikke går sammen. Det finnes det masse av. Fem prosent av befolkningen har personlighetsforstyrrelser. De fleste arbeidsplasser har noen og de lager pest og plage, men sånn er det nødt til å være hvis disse menneskene skal være i jobb. Det er ikke de som blir syke. Det er de som er rundt dem som blir syke av det. (lege)*

De intervjuede peker videre på at et godt arbeidsmiljø handler om å bli sett og hørt. Å få anerkjennelse og bekreftelse på det arbeidet man gjør, har stor betydning. Når man opplever at man blir sett, gjør det også at den ansatte opplever at det utgjør en forskjell om de er på jobb eller ikke:

*(...) hvis hver arbeidstaker blir sett og hørt hver dag, så kommer sykefraværet til å dale. Så enkelt er det hos meg. Og det er noen ledere som er veldig flinke. Det er ikke det helt store som skal til. Folk har kommet til meg og fortalt at de har vært borte fra jobb i 14 dager, og kollegaer har sagt: ”Åh ja, det har du rett i. Jeg har ikke sett deg på en stund”. Hva gjør det med et menneske, tenker jeg? Jeg tror ikke det er en gnist til videre arbeid. (...) (tillitsvalgt)*

*Jeg vet ikke om det gjelder Bodø kommune spesielt, men jeg tror alle kunne investert tid og penger i de sykemeldte, eller arbeidstakerne generelt sett. Se og bli sett – der tror jeg det er mye å hente. (NAV)*

Et godt arbeidsmiljø blir videre oppfattet som å handle om forhold knyttet til stillingsbrøker og lojalitet. Dette dreier seg om å oppleve at man blir satt pris på,

noe som arbeidsplassen kan få igjen i forhold til lojalitet ved at man går på jobb dersom man er i stand til det.

*Hvis du har en liten stillingsandel så har du ikke det samme forholdet til arbeidsplassen din som de som jobber mer. Jeg tror ikke du får den samme lojaliteten til arbeidsplassen din. På arbeidsplasser hvor du ser at arbeidsmiljøet er godt og hvor alle er sammensveiset så er terskelen større for å borte. Er du syk, så er du syk, men sliten-syk den tror jeg er mindre hvis du har en arbeidsplass hvor du har gode kollegaer. Den lojaliteten tror jeg ikke blir like stor i små stillingsbrøker. (tillitsvalgt)*

Og det handler om møtet mellom de ansatte som har lang fartstid i kommunen med mye opparbeidet realkompetanse i løpet av et langt yrkesliv, og de yngre, formelt utdannede ansatte:

*(...) Det har forandret seg i forhold til utdanningskrav og nivå. Og vi har en god del folk som søker seg til kommunen som er godt utdannet. Og samtidig har vi de som har masse realkompetanse og som har jobbet over 20 år i kommunen og som gjør en kjempegod jobb. Så kommer det nyutdannede folk fra høyskolesektoren, og bare vandrer forbi de lønnsmessig. Og så sitter kanskje de og lærer dem opp i jobben. Vi har en del sånt som skaper misnøye, som kommunen må ta inn over seg. Jeg forstår selvfølgelig at de ønsker fagkompetanse inn, men mange har gjennom 10-15 år opparbeidet seg kjempekompetanse. Vi har eksempler på hvor det har vært kjempemisinøye i arbeidsstokken fordi det kommer nytteklekkede fra skolebenken, som de sier, og så sitter vi og lærer dem opp. Det gjør noe med arbeidsmiljøet, med trivsel, det er mange momenter som spiller inn på sykefravær. (tillitsvalgt)*

Dette er selvfølgelig bare et knippe av forhold som nevnes i forhold til hva som skaper et godt eller dårlig arbeidsmiljø. Men utsagnene viser at relasjoner er viktige for å forstå fravær, men det viser også at lederen har et ansvar for å legge til rette for gode arbeidsbetingelser på arbeidsplassen, og at de har et selvstendig og viktig ansvar for å gripe fatt i konflikter før de blir så store at de fører til sykemeldinger. Men i den sammenhengen er også viktig å se på hvilke arbeidsforhold og arbeidsbetingelser ledelsen jobber under. Dette skal jeg se nærmere på i neste punkt.

## 4.3 LEDELSE

### 4.3.1 Ledelse og organisasjon

NPM-tenkningen har slått rot i mange kommuner og rent organisatorisk har det blant annet bidratt til flatere organisasjonsstruktur, hvor mellomledersjiktet har blitt fjernet og erstattet med en virksomhetsleder. Det betyr at mange av dagens ledere har et faglig, et administrativt og et personalmessig ansvar for svært mange ansatte. Flere av informantene viser til at denne organiseringen ikke er hensiktsmessig i et sykefraværsperspektiv. Man vet at lederens evne til å se og lytte til de ansatte har mye og si for arbeidsmiljø og trivsel. Dette er også en av de viktigste faktorene de som er på rehabilitering eller har blitt uføre nevner som *svært* avgjørende i forhold til å komme tilbake i jobb. Men det er ikke bare det å bli sett og hørt som oppleves som viktig, men også lederens evne til å vise empati – det vil si evnene til å vise medfølelse og forståelse for de utfordringer og problemer de med svekket helse opplever. For en leder som har ansvaret for en rekke administrative oppgaver, faglig utvikling og i tillegg har et høyt sykefravær, vil dette over tid også kunne slite på lederen:

*(...) men dette med sykefravær er det som gjør at jeg vurderer om jeg ønsker å fortsette i jobben min. Jeg synes det er veldig artig å være leder, og jeg har mange ting jeg fortsatt har lyst til å utrette, men det er en voldsom slitasje. En voldsom slitasje. Jeg blir jo den som får alle historiene, og de historiene er svært sjelden positive. Jeg føler at jeg på en måte blir en sånn tømmekanal. Så jeg må nesten selv sette grenser. (...) Jeg hadde mye sorg i meg, hvor jeg måtte sette den til side, for der sto nr. 1, nr. 2, nr. 3, nr. 4 med sine historier om hvor vondt de hadde det og om skavanker. Det er klart at en leder skal være der. Det er en del av lederjobben min, men det er klart at man må spørre seg: Orker man det gjennom mange år? Det er klart at hvis man aldri skal få de positive samtalene. Og hvis det skal bli sånn at hver tredje, fjerde samtale er om hvor vondt man har, og hvor sliten man er, og ikke klarer å gå på jobb, så kjenner jeg på en veldig stor slitasje i meg selv.*

Når virksomhetsleder opplever forventninger hos de ansatte om å være en nær og synlig leder, og når man samtidig organiserer virksomheten slik at en leder kan ha ansvaret for 50-90 personer, er dette forhold som vanskelig lar seg forene. Det politiske fokuset på sykefravær, toppledelsens krav om nedgang i sykefravær, og virksomhetsleders ansvar for å oppnå dette, kan dermed bidra til å sette den enkelte leder i en uheldig skvis mellom uforenlige krav. Rammebetingelser som lav grunnbemanning og problemer med å få inn kvalifiserte vikarer - i kombinasjon

med organisatoriske forhold, og de ansattes forventninger til leder, kan dermed samlet bidra til høyere sykefravær. Ikke bare fordi lederen ikke har muligheter for å følge de ansatte opp på en tilfredsstillende måte, men også fordi lav grunnbemanning, og mangel på kvalifiserte vikarer, bidrar til å slite ut de ansatte som faktisk er på jobb. Den problematiske skvisen lederne kan komme i, er det flere av informantene som påpeker:

*(...) Det har kommet nye krav om sparing, effektivitet osv. En virksomhetsleder sitter virkelig mellom barken og veden (...)*

*(...) du må i hvert fall ha en viss økonomisk frihet for å kunne få utøvd myndighet. Hvis du ikke har det så har du ingen reell myndighet, hvis du ikke har penger til å sette inn en ekstra ressurs når du ser at det virkelig går på stumpene og sykemeldingene kommer inn – den ene etter den andre – fordi det blir en dominoeffekt. Hvis du da ikke har ressurser verken menneskelig eller økonomisk til å sette inn mottiltak så har du ingen myndighet. (...)*

*(...). I et mindre arbeidslag vil det være mulig å følge opp på en helt annen måte enn hvis man sitter superstresset med 80 stykker som skal kjøres gjennom en eller annen kvern. Medarbeidersamtale med 80 stykker, ikke sant... Da sier toppledelsen samtidig at medarbeidersamtaler er bare noe tøv som vi må krysse av for å tilfredsstillende en eller annen... Det er en utopi å få noe fornuftig ut av noe sånt. (...) Hvis man tok human resource litt mer på alvor, da ville man se at det er mindre og tettere sammenhenger som må til. Det er de små systemene innenfor de store systemene som virkelig gjør en forskjell.*

De rammebetingelsene politikerne og toppledelsen i kommunen vedtar, er med på å definere det handlingsrommet lederen har i det strategiske sykefraværarbeidet. De økonomiske og personellmessige ressursene lederen har til rådighet utgjør således viktige premisser i forhold til det forebyggende og tilretteleggende sykefraværarbeidet i virksomhetene. De kravene toppledelsen og politikerne stiller, er på mange måter umulige å innfri med de virkemidlene lederen har til rådighet. Samtidig har de ansatte forventninger til lederen. Dette i kombinasjonen med de arbeidsbetingelser lederen jobber under, kan være faktorer som bidrar til sykefravær ikke bare blant de ansatte på lavere nivå i organisasjonen, men også hos lederne selv.



### 4.3.2 Inkludering - forebygging og tilrettelegging

Både IA-avtalen og Arbeidsmiljøloven har stort fokus på inkludering, forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassen slik at arbeidstaker skal kunne stå i arbeid til tross for svekket funksjons- og arbeidsevne. I utgangspunktet er det dermed flere faktorer ledelsen kan vektlegge i sitt arbeid for å skape gode arbeidsforhold. Av mer generelle forebyggende tiltak kan nevnes tilbud som etter- og videreutdanning og tiltak innrettet mot å bevare den enkeltes fysiske og psykiske arbeidsevne og motivasjon. Eksempler på dette er trim i arbeidstiden, hospitering, jobbrotasjon og tilbud om andre og mer utfordrende arbeidsoppgaver. Flere av informantene nevner at noen kurs er obligatoriske og andre vurderes etter hensiktsmessighet. Det påpekes også at verdien av kun å sende noen ansatte på kurs er liten, for skal eventuelle nye tenkemåter og praksis innlemmes i organisasjonen må alle ha fått den samme in-put. En virksomhetsleder viser til at hun også sender vikarene på de samme kursene som de fast ansatte fordi de så ofte, og i så stor grad, er involvert i organisasjonens løpende virksomhet. Bodø kommune har hatt forsøksprosjekter med tilbud til enkeltansatte om tilpasset trim i arbeidstiden. Dette har vært godt mottatt, men disse ordningene er fjernet. I stedet har alle ansatte nå tilbud om trim etter arbeidstid. Det påpekes av flere av informantene at mange er medlemmer, men at mange nok likevel ikke benytter seg av tilbudet. Dette kan ikke bare knyttes til manglende motivasjon, men også til at treningsoppleggene ikke treffer mange av målgruppene:

*Men der (Friskhuset, sic. ) savner jeg mer... Jeg har vært med tidligere, men nå er jeg så dårlig at de tilbudene som er der blir for vanskelig for meg. Det er for hard trening. (...) Det er en god del godt voksne rundt 50-60 år. Det er en treningsform som ikke passer, og som de kanskje ikke har helt lyst til å være med på. Jeg skulle ønske det kunne vært treningsformer som passet for godt voksne. Treningsgrupper med vanlig styrketrening og trening for nakke-skuldre, hofter og korsrygg – de plagene som mange kvinner får i den alderen. Det er en del som kvier seg for å gå på aerobic, og å gå og løfte vekter og sånt. Det er liksom ikke den type trening man trenger først og fremst. For noen år tilbake når det var trening i arbeidstiden. Da var vi i treningsgruppe med fysioterapeuter som hadde den gruppen og det var kjempebra. (rehab.)*

Utsagnet kan illustrere at en generell avtale om trening for de ansatte - som kanskje trenger det mest - ikke er godt nok tilrettelagt. Generell trening treffer nok i større grad de yngre i virksomhetene, og kan således ha en forebyggende effekt for denne gruppen av arbeidstakere. Skal man inkludere de som av helsemessige årsaker ikke kan følge mer krevende trening, eller har kommet opp i årene og av den grunnen ikke makter å følge slike treningsopplegg, kan en mer fornuftig strategi

være et tilbud om mer målrettet trening tilpasset funksjonsevne og alder. Fysisk trening kan virke forebyggende på fysiske belastninger, men hvordan fysiske belastninger håndteres både på praktisk og organisatorisk nivå, har trolig mer effekt på sykefravær enn noen treningstimer. Men samtidig kan felles trening ha en god effekt på det sosiale miljøet.

Det finnes flere arbeidsgiverpolitiske virkemidler som kan demme opp for tidlig avgang fra arbeidslivet og sykefravær. Eksempler på dette er ulike former for tilretteleggingstiltak. Slike tiltak skal bidra til at arbeidstakere med redusert arbeidsevne gis mulighet til å fortsette i arbeid. Det kan for eksempel dreie seg om tilbud om lettere og/eller mindre krevende arbeidsoppgaver og kortere eller mer fleksibel arbeidstid. Sektorene jeg fokuserer på i denne undersøkelsen, er som tidligere nevnt kjennetegnet av lav grunnbemanning, relasjonelt og emosjonelt arbeid, liten grad av fleksibilitet og flere har turnusarbeid. Som Ellingsæter hevder er: ”Betingelsene for individuell frihet i arbeidet påvirket av i hvilken grad arbeidet må koordineres i tid og rom med kolleger eller eksterne forbindelser” (Arbeidstilsynet – konferanserapport 2003:19). Hun viser videre til at det spesielt i yrker hvor de ansattes arbeidssituasjon er preget av direkte samhandling med kunder og klienter/brukere at det blir vanskelig å sette tidsmessige og tempomessige grenser. At enkeltansatte har behov for mer fleksibel arbeidstid og mindre krevende arbeidsoppgaver kan rent praktisk by på problemer i arbeidsorganisasjonen. For jo flere som har behov for slike tilretteleggingstiltak, jo vanskeligere blir det rent organisatorisk å få til, og spesielt hvis det ikke settes inn ekstra ressurser for å møte disse behovene. Lederen møter altså på mange måter et tilretteleggingsdilemma.

*(...) for eksempel innenfor helse og sosial så kan du faktisk ikke tilrettelegge for alle. Hvem skal da gjøre jobben?*

*Du har en hel personalstokk å ta hensyn til. Hvis 80 % av personalet skal ha tilrettelagt, så vil det ikke fungere i den daglige driften. Man kan jo tilrettelegge til en viss grad.(...)*

Men samtidig påpeker virksomhetslederne at de strekker seg langt i forsøkene på tilrettelegging, men at arbeidstakeren selv også må være aktiv på den måten at de gir innspill på når det gjelder hva de ser seg i stand til å gjøre av arbeidsoppgaver. Men tilrettelegging er heller ikke helt uproblematisk for de med behov for tilrettelegging. Den arbeidsbelastningen de påfører sine kolleger oppleves som en ekstra psykisk belastning hos dem med redusert helse:

*(...) Og det sliter på de som er igjen. Og ikke minst er det tungt for meg å forlate arbeidsplassen å gå og vite at nå er det ingen der for meg, så nå blir det ekstra belastning på de som er igjen. Så der må det tas fatt i dette med vikarordningen. (...) Det vi ønsker er jo at det blir mer faste vikarordninger. (rehab.)*

*(...) Det er jo veldig vanskelig. Jeg kunne jo ikke bare ha de letteste oppdragene, for da gikk det jo utover de andre. (ufør)*

Bruk av aktiv sykemelding fremstår hos de intervjuede som den enkleste løsningen på dette problemet. Når en arbeidstaker går på "topp", settes det inn ekstra ressurser, mens det i mindre grad gjøres når de ansatte går på gradert sykemelding:

*Den graderte sykemeldingen er kjempevanskelig hos oss. Det er virkelig vanskelig, for hvis du er – ta en vond rygg. Hvis du da er gradert, så at du går i 60 % stilling og så er du gradert slik at du skal være 10 % på jobb. Da kan jeg ikke bruke den 10 prosentene ift pleie. Den 10 prosentene tilhører pleie. Fordi vi har så knapp bemanning. Vi har et kjempestort problem ift gravide som ikke kan løfte. Ofte så får du et forbud mot tunge tak og hvis det skulle være noe fare med fosteret og vi kan ikke gradere dem, fordi de kan ikke løfte. Og når du er gradert så er du på arbeidsplassen din som en arbeidstaker i 10 %. Da går du ikke på topp. Den er kjempevanskelig for oss å håndtere. Jeg hadde nettopp en dame som hadde problemer med bena sine, og legen vil gradere henne. Vi måtte faktisk si nei. Enten må hun gå på aktiv, eller så må hun være helt sykemeldt. Og det blir også helt feil. Den graderingen er til gode for både arbeidstaker og skulle være et gode for oss, men der det er ryggproblemer, skuldre, nakke, graviditet så kan vi ikke det fordi du står i den pleiemessige tyngden i de prosentene hvor du er gradert (...) (virksomhetsleder)*

*(...) Det er alenetid på stort sett alle vakter, og da må det være folk som kan gjøre det arbeidet som må gjøres til enhver tid. Sånn at de eneste gangene det er mulig å tilrettelegge, er når folk er på aktiv sykemelding. At de kan gjøre det og det og det, men ikke det. (...) Aktiv sykemelding da kan du jo legge til rette, men gradert sykemelding kan jeg ikke legge til rette, for er de på jobb, så må de gjøre den jobben de skal, fordi de er så få. Er det to stykker som er på dag, og den ene er 50 % sykemeldt, så må hun gjøre den jobben som skal gjøres når hun er på vakt. (...) Jeg kan ikke tilrettelegge når det er graderte. (virksomhetsleder)*

Disse eksemplene viser at intensjonen med gradert sykemelding kan være god, men det fungerer ikke alltid like godt i møtet med det praktiske arbeidslivet. Det er for eksempel ikke mulig å gradere et løfte, enten så må man løfte eller så løfter man ikke. Da er det bedre for de andre ansatte at vedkommende er helt sykemeldt slik at det kan leies inn vikarer. Det blir altså ikke satt inn ekstra ressurser når ansatte går på gradert sykemelding. Resultatet av dette kan bli at de som går i gradert sykemelding, gjør mer enn de strengt tatt burde fordi arbeidsoppgavene er av en slik art at du ikke bare kan legge de bort når du trenger hvile. Dette kan igjen føre til lengre sykefraværsløp.

Det å legge til rette for arbeidstakerne oppleves ikke alltid så enkelt av virksomhetslederne. Noe av grunnen til dette kan være at manglende åpenhet rundt arbeidstakers diagnose kan bidra til at det legges til rette på feil grunnlag. Dette kan oppleves som svært frustrerende av lederen:

*Og mange ganger så lurer jeg på disse gjengangerne, for jeg føler at de er de verste å få tak i: "Hva er det egentlig som gjør at du er borte"? Og enkelte – det kommer vi ikke til bunns i. Vi fører avtaler, de skriver at de trives så godt, alt er ok, har alle hjelpemidler osv – hele planen er positiv og allikevel så er de ikke på jobb. Det er min store nøtt, altså. Er de uærlig med meg? Er det ting de ikke tør å si? Hva er det som gjør at du ikke klarer å ivareta jobben din? Og da opplever jeg flere ganger at det er på hjemmebane.*

Dette er et eksempel på at åpenhet rundt faktisk diagnose eller den reelle fraværsgrunnen har avgjørende betydning for i hvilken grad tilrettelegging faktisk har noen effekt. Og man kan tenke seg at i de tilfeller det er tillit og åpenhet mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, vil man kunne unngå slike problemstillinger, eller at arbeidsgiver settes i stand til å legge til rette på mer hensiktsmessige og mer treffende måter.

Flere av de intervjuede viser til at det har skjedd store endringer innenfor både helse og sosial sektoren, barnehagesektoren og renhold når det gjelder tilgangen og bruken av hjelpemidler. Det ser ut til å være innenfor hjemmetjenesten at det er størst problemer knyttet til bruk av hjelpemidler. Det har sammenheng med at arbeidstakerens arbeidsplass er brukernes hjem. Det er ikke alle brukere som ønsker hjelpemidler i hjemmet sitt, og dette respekteres av de ansatte selv om dette kan føre til dårlige arbeidsstillinger og belastningslidelser:

*Det er klart det er tungt å gå hele dager med hodet i vaskebøtta i hjemmet til folk hvor du ikke har det vanlige utstyret som renholdsbedriftene har.*

*Det er gamle støvsugere, det er korte langkoster, det er tunge matter. Det er fysisk en veldig belastende jobb. Innenfor selve pleien har man blitt veldig bevisst de senere årene i det å bruke hjelpemidler. Selv om man selvfølgelig har veldig mange tunge løft, og det er mange som bor i trange, små leiligheter hvor det å få plass til hjelpemidler ofte er vanskelig. Jeg ser at de som holder på med husvasken, er de som sliter mest fysisk på grunn av manglende utstyr.*

*Hvis du kommer inn på et bad og skal hjelpe noen å dusje. Og de er kanskje slik at de greier å komme seg inn i dusjen selv, men et lite dusjkabinett og et svært menneske, og så skal du på hodet bak i det kabinettet for å forsøke å vaske noen på ryggen. Det er vanskelig. Og du får noen arbeidsstillinger som er... Sånn at det går noen rygger der. Ja, det gjør det.*

Det er altså organisatoriske forhold og manglende muligheter for tilrettelegging som kan hindre bruken av hjelpemidler, men det er viktig å påpeke at den ansatte selv også har et ansvar for å ta disse hjelpemidlene i bruk når det er mulig. Mange viser til at fokuset på bruk av hjelpemidler, forflytningsteknikker, vasketeknikker og lignende har vært veldig stort i kommunen de senere årene, og at de ansatte har blitt flinkere og flinkere til å bruke disse hjelpemidlene, selv om en hektisk hverdag kan bidra til at man tar noen snarveier:

*Jeg begynte i helsesektoren på nittitallet og den gangen var det en sånn holdning som var at: "Hysj, vi tar det nå bare. Vi gidder ikke å bruke heisen og vi gjør det fort"! Mens i dag er det et veldig fokus på dette med bruk av hjelpemidler. Hvis det er sånn at man må være to stykker for å gjøre noe så slet man tidligere alene, for man skulle alltid greie det selv. Men i dag så venter man heller de fem eller ti minuttene for at den personen skal bli klar slik at man kan gjøre det sammen. Det er veldig fokus på dette med bruk av hjelpemidler, ergonomi og det at man skal stå i yrket lenge, og da må man ta vare på den kroppen og den helsen man har. Så det er et kjempefokus på det for tiden, og det er fryktelig morsomt.*

*(...) Det er jo en del opp til deg selv hva du gjør. Om du bruker hjelpemidler. (...) Det er en hektisk hverdag og da tar du kanskje den enkle løsningen. Men vi er bevisste på det og vi kakker vel hverandre litt i skulderen og sier: "Du nå..."! Og vi snakker om det.*

Utsagnene viser at høyt fokus på forebygging kan ha sin effekt, men samtidig kan arbeidsbetingelsene bidra til å motarbeide de gode intensjonene. Men man kan

tenke seg at de yngre arbeidstakerne i denne sektoren vil ha et annet syn på bruk av hjelpemidler fordi det i større grad enn tidligere er kultur for å bruke det, samtidig som hjelpemidler faktisk er mer tilgjengelig nå enn det var tidligere.

### 4.3.3 Ansattes opplevelse av oppfølging og tilrettelegging

#### *Tilrettelegging*

Hva er så opplevelsene til de på rehabilitering/uføre har når det gjelder tilrettelegging? Som forventet har informantene mine ulike opplevelser av dette. To informanter kan sies å ha møtt lite velvillige ledere. En av disse kan vise til en total ignorering fra leders side, og hvor ingenting ble gjort for å inkludere arbeidstakeren med nedsatt arbeidsevne til tross for stor vilje hos arbeidstaker. En tredje informant viser til at arbeidsgiver godt kunne vist større forståelse for den situasjonen vedkommende var i. Det ble vist liten innsatsvilje fra leders side når det gjaldt tilrettelegging, men etter informantens påtrykk, ble noen grep tatt og iverksatt. Vedkommende fant dette unødvendig og svært slitsom på grunn av den situasjonen vedkommende var i. Noe mer velvilje kunne lettet vedkommendes situasjon betraktelig.

*(...)Det heter jo det at de skal tilrettelegge, men det ble ikke gjort noe ting. Ingen spørsmål til meg. Ingenting. (...) Og jeg hadde jo vært der en stund, jeg hadde bra mye erfaring. Men ingen spørsmål til meg, ingen dialog. (...) jeg var i kontakt med min leder og sa at jeg burde ha en annen type jobb. Det fikk jeg ikke noe respons på. Så ble det snakk om aktiv sykemelding – det innebærer jo at det skal være en i midt sted – men det ble det heller ikke. Det lot seg ikke gjøre. (...) Jeg kjente fort at der kunne jeg ikke være, for det ble for stor belastning. Da gikk jeg ut i ny sykemelding. (...)*

*(...) Man ble jo sett på som en ressurssterk person. Det er helt ok. Jeg er kanskje det. Det kan ikke jeg svare på. Men når man da må ha hjelp så kan man stange hodet i veggene i forhold til arbeidsplassen. Det blir ikke spurt om du trenger hjelp. (...)*

I ett av tilfellene gikk det så langt at arbeidstakeren gikk ett år sykemeldt på grunn av problemer med leder, og vedkommende er nå på rehabilitering.

I motsetning til disse, har to av de intervjuede gode erfaringer med leder. De mener lederen har gjort det som er mulig å gjøre ut ifra de rammebetingelser som har vært til rådighet. Lederen viste interesse for den situasjonen de hadde havnet i, og gjorde det de ansatte mente var mulig å gjøre. Dette ble satt stor pris på. Den ene informanten havnet allikevel på uføretrygd etter en lang periode med sykemelding

og utprøving, men dette kan ikke lastes leders manglende vilje til tilrettelegging. Den andre er på rehabilitering og jobber redusert i tidligere stilling. Vedkommende er fornøyd med leders håndtering av saken og mener leder har vært flink til å ta hensyn til hennes plager:

*(...) Leder har gjort det som går an å gjøre. Har kanskje strukket seg lenger enn jeg kanskje ville opplevd andre steder. Og det jeg hører ut fra andre så har jeg vært heldig. De er flinke og det går en del på muligheter. Vi har en del ressursstillinger med ekstra personer og det har vært med på å få det til. Og det med å få det til med omrokninger av oppgaver så har vi kunnet klare å få det til.*

Sitater som dette viser at manglende rutiner for oppfølging av sykemeldte i ulik grad kan påvirke sykefraværprosessen for den enkelte og at manglende, eller ikke fulgte rutiner i verste fall kan bidra til langtidsfravær og varig utstøting. Utsagnene kan tyde på at oppfølging av de sykemeldte har vært mer tilfeldig og i større grad, enn det som er påkrevd i dag, knyttet til den enkelte leders valg og prioritering. Dårlig håndtering og oppfølging av de sykemeldte/ansatte kan altså være en medvirkende årsak til at arbeidstakere med nedsatt funksjonsevne blir ekskludert eller presset ut av arbeidsmarkedet mot sin egen vilje. Samtidig illustrerer det siste sitatet at bedre rammebetingelser i arbeidsorganisasjonen kan bidra til å øke lederens handlingsrom, og kan med dette lettere tilrettelegge for arbeidstakere med nedsatt arbeidsevne.

#### *Oppfølging ved sykemelding*

Nye regler og rutiner bl.a. "Tettere oppfølging av sykemeldte" som trådte i kraft 1.mars 2007 betyr at arbeidsgiver er pliktig til å følge opp de sykemeldte på en tettere måte enn tidligere, og i så stor grad som mulig legge til rette for arbeidsaktivitet. Ved fravær over flere dager skal arbeidsgiver ta kontakt med arbeidstaker og med sykemelding inntil seks uker skal arbeidsgiver utarbeide en individuell oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker. Denne planen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Aktuelle tilretteleggingstiltak skal vurderes, og det skal lages en plan for videre oppfølging. Ved sykemelding inntil 12 uker skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte mellom arbeidsgiver, arbeidstaker, bedriftshelsetjeneste og eventuelt lege. Disse reglene er relativt nye, men på spørsmål om de følges, svarer alle virksomhetslederne bekreftende på dette – enten ved at de følger opp selv, eller at de har delegert oppgavene til en avdelingsleder. Oppfølgingen består typisk av telefonisk kontakt, en blomsterhilsen og ofte blir det oppmuntret til at man deltar på møter og på sosiale tilstelninger. Det er ikke mulig for meg å studere effekten av dette. For det første har de ikke vært i kraft så lenge, og for det andre var ikke disse reglene trådt

i kraft da mine informanter (de på rehabilitering/de uføre) var i en sykemeldingssituasjon. Opplevelsene disse har, tyder imidlertid på at det tidligere i større grad var mer tilfeldig og opp til den enkelte leder hvordan oppfølging av sykemeldte ble håndtert.

En av mine informanter oppgir at han har opplevd forskjellige ledere. Den første lederen møtte han ingen forståelse hos. Da han ble sykemeldt hørte han ingenting fra lederen. Og dette opplevde vedkommende som sårende. Da han kom tilbake på jobb etter en lengre sykemelding, fikk han ingen spørsmål om hvordan han hadde det. Han ble ikke sett, og det å bli sett oppleves som veldig viktig for han. Han viser videre til at mange av kollegene heller ikke brydde seg, men at noen var vennlige og flinke til å spørre hvordan han hadde det. Han forklarer selv at en del av den manglende interessen som ble vist, for eksempel det å ikke ringe, som del av en stresset arbeidshverdag. Men samtidig ble det knyttet til leders manglende interesse og manglende evne til å vise empati. Vedkommende fikk senere en ny leder og opplevelsen ble da snudd tvert. Han ble sett og hørt, opplevde empati og genuin interesse, noe vedkommende var svært glad og rørt for. En annen har følgende historie:

*(...) Da gikk jeg ut i ny sykemelding. Jeg var før det en tid i arbeid. Og så gikk jeg ut i sykemelding, og jeg hørte ingenting fra arbeidsgiver. Ikke noen kontakt. Men etter flere måneder så ble jeg oppringt av arbeidsgiveren min (...) Det var ingen telefon, ingenting, ingen dialog. Ingen spørsmål, ingen blomster.*

Vedkommende sier videre:

*(...) Det viste seg at det ble ingen bedring i min situasjon, så jeg måtte over i nye arbeidsoppgaver. Da tok jeg kontakt med øverste leder igjen og sa at jeg må over i nye arbeidsoppgaver. Det gjorde ikke vedkommende noe med. Da endte det med at etter en tid, så gikk jeg ut i ny sykemelding. (...) Det gikk jo så lang tid at jeg gikk over sykepengeperioden. Nå er jo jeg på rehabilitering (...) Det er jo noe som heter ja. Det er jo fine ord på papiret. Da det gikk så langt at jeg skulle over på rehabilitering, så fikk jeg et skjema fra trygdekontoret hvor jeg skulle fylle ut hvorfor jeg måtte på rehabilitering. Da skrev jeg at det var ledelsen. Det var jo det som var sannheten.*



Andre informantene har en helt annen opplevelse å fortelle om:

*(...) Når noen er syke så har leder vært veldig flink til å ringe. Og da er det ikke sånn at: "Er du så syk som du skal ha det til? Kan du virkelig ikke komme på jobb"? Men det å ringe for å vise omsorg, spørre hvordan det går." Kom nå innom og drikk en kopp kaffe"! "Kom en tur innom i pausen og sitt litt her"! Og sånne ting. (...) Det er viktig med den kontakten (...) Og at det er omsorg og interesse for hvordan det går, ikke kontrollbiten i det hele tatt. At man viser den omsorgen og interessen for hverandre.*

*(...) Men det er jo sånn at sykemeldte blir innkalt til en samtale. Det har hun gjort så og så mange ganger. Og kollegaene mine har ringt meg og spurt, og jeg har besøkt dem. De har vært flinkere til å ta kontakt med meg enn jeg har vært, for jeg har ikke hatt overskudd.*

Flere av informantene viser til at mange er litt skeptiske til at arbeidsgiver skal ringe dem opp. Denne skepsisen er ofte koblet til en følelse av å bli kontrollert – at arbeidsgiver mistenker dem for å være borte fra jobb på illegitimt grunnlag. Men det viser seg at så lenge denne oppfølgingen innebærer å høre hvordan den syke har det, og å gi uttrykk for at vedkommende er savnet på jobb, så oppfattes denne formen for oppfølging som svært hyggelig og viktig for den det gjelder. Denne type samtaler har dermed et element av inkludering og verdsetting av arbeidstaker i seg som koster lite, men betyr mye.

#### **4.3.4 Virkemidler**

Bodø er en IA-virksomhet, og det innebærer at kommunen har ulike virkemidler til rådighet i forbindelse med sykefraværarbeidet. Disse virkemidlene er ment å skulle bidra til å holde arbeidstakere med nedsatt funksjons- og arbeidsevne i aktivitet. Jeg spurte mine informanter om deres kjennskap til disse virkemidlene og hvor hensiktsmessige de oppfatter disse virkemidlene å være. De som hadde god kjennskap til virkemidlene, var de som hadde mye fravær i virksomheten sin. De viktigste innvendingene mot virkemidlene er at de ikke nødvendigvis er så godt tilpasset den arbeidshverdagen flere virksomheter står i. De er dessuten av for kort varighet, de dekker ikke lønn, og det er for arbeidskrevende å søke om det, fordi de krever for mye dokumentasjon.

*(...) men det har vært vanskelig å bruke noe av det. Det går på ting som man kan få til arbeidsplassene som koster i innkjøp, og som kan lette arbeidet. Jeg klarer ikke å vri hodet i forhold til hva man kan kjøpe inn eller hva man kan få på den arbeidsplassen, for å lette arbeidet for den*

enkelte. Utstyret som vi har for å lette arbeidet, går enten på bruker, altså på hjelpemidler som vi får fra hjelpemiddelsentralen som hjelper oss i å håndtere bruker så det blir ikke sånt som går på nav. Det er sånne ting man kan få tak i for å tilrettelegge. Hadde jeg hatt kontorpersonell som trengte tilpasning av sitteplassen sin, så kunne man ha fått til den enkelte ansatte, men jeg har ingen sånne muligheter. Det har med det arbeidet de skal utføre. Hvilke tilretteleggingsmidler kan de bruke? De drar jo fra det ene hjemmet til det andre.

(...) jeg synes de er veldig firkantede de kriteriene som ligger til grunn. Et eks – hvis du har en som har en vond rygg og som kan gjøre oppgaver på jobb. Og så kan jeg kanskje ikke ta henne helt ut av pleiesituasjonen, men jeg kan gjøre noe for henne, så kan jeg ikke leie inn en vakt og søke om tilretteleggingstilskudd. Det er veldig begrenset hva vi kan søke på. En sykepleier som går i aktiv sykemelding så kan jeg ikke gi henne noen av hennes arbeidsoppgaver i den aktive sykemeldingen. Da vil jeg ikke få tilretteleggingstilskudd. Så hun må ut – la oss si at hvis hun har en pleiedel - så må hun helt ut av den delen og for eksempel sitte ved en datamaskin. Da kan jeg søke om tilretteleggingstilskudd. Jeg synes det er litt tungvint, og kriteriene er ikke for oss slik som vi hadde ønsket. Men jeg søker på det som er og har fått mye på bakgrunn av det. (...)

(...) tilretteleggingstilskuddet – ja, vel og bra, men det dekker ikke lønn. Før så hadde vi en samarbeidsavtale med arbeidskontoret der vi fikk tilskudd når vi drev bedriftsintern attføring. Og det tilskuddet brukte vi gjerne til lønn, for lønna er jo en viktig del av dette. For når vi omplasserer folk så er det jo på toppen av den øvrige bemanningen og da er det jo ikke noen penger å få, men her kunne vi søke om tilskudd fra arbeidskontoret på de lønnsutgiftene vi hadde. (...) Tilretteleggingstilskudd er jo for kort tid så det er vanskelig å få til så veldig mye. Mange ganger så må du gå ganske lenge før du får til gode løsninger. (...) Hvis vi omplasserer en fra en barnhage på et kjøkken så er jo pengene igjen i barnehagen. Det har de ikke noen forståelse for, for vi må jo la vedkommende få lønn hvis de ikke er sykemeldt. Vi har litt penger til dette, men det er jo ikke så mange som kan gå på det budsjettet. (...) A-etat gir ikke lønnstilskudd i egen bedrift, men hvis du ble prøvd ut i en privat barnehage så kan de gi lønnstilskudd. Det er kjempedumt. (...) Det tilskuddet fra arbeidskontoret var veldig greit. Det var tre måneder og ferdig med det. Man skulle bare si hva man hadde tenkt å bruke dem til. Det var mye enklere og det var over lengre tid.

Det er altså flere forhold som kan bidra til å gjøre tilretteleggingen vanskelig for arbeidsgiver. Hvis for mange trenger tilrettelegging blir det praktisk og organisatorisk vanskelig å gjennomføre. De virkemidlene som arbeidsgiver har til rådighet tyder heller ikke på å være optimalt utformet deres arbeidsvirkelighet.

## 5. DE MENNESKELIGE RESSURSER

I forrige kapittel ble de ulike forhold knyttet til arbeidsplassen som påvirker fravær fra arbeid og uføretrygding diskutert. I tillegg til dette må man se på enkeltindividenes *ressurser* som for eksempel fysisk og mental helse, sosioøkonomiske status, motivasjon, yrke og enkeltindividenes arbeidsplass. Det er enkeltindividets eller de menneskelige ressurser jeg skal rette søkelyset mot i det følgende. Når man kobler individenes ressurser med *arbeidsforhold* – det tredje elementet i modellen – får man det man kan kalle *arbeidsevne* (se fig. 1). Enkeltindividets arbeidsevne vil kunne variere fra 100 % til nærmere null. Det er når den ansattes arbeidsevne er under 100 % at legen får en viktig rolle i vurderingen av hvor stor funksjonsevne det enkelte individet har. Det forventes i tillegg at legen skal kunne komme med forslag til hva som kan gjøres av tilrettelegging for at denne ”restarbeidsevnen” kan utnyttes best mulig. Denne vurderingen gjøres ikke bare av legen alene, men må ses på som et resultat av samhandlingen med pasienten, og direkte eller indirekte med arbeidsgiver.

Jeg vil først begynne med å sette fokus på begrepene helse og sykdom fordi enkeltindividet gjerne tar i betraktning hele sin livssituasjon når de skal foreta en vurdering av egen helse. Det er dermed ikke slik at et ensidig fokus på forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassen er det som skal til for at arbeidstakeres fravær fra jobb vil gå ned. For noen vil dette absolutt ha effekt, men som mine intervjuer viser, er det ikke arbeidsplassen som nødvendigvis er hovedårsaken til fraværet. Jeg vil derfor også trekke inn den private livssfære som en arena som kan være sykdoms- eller fraværsmotivert.

Under kapittel 2 om begrepsavklaringer viste jeg til at sykdom har tre ulike funksjoner: en forklarende funksjon, en sosial funksjon og en identitetsskapende funksjon. I dette avsnittet skal jeg se nærmere på dette. En sykdomsdiagnose bidrar til å forklare et individs situasjon overfor seg selv og overfor andre og bidrar dessuten til å legitimere fravær og mottak av økonomisk støtte overfor seg selv, og overfor andre.

### 5.1 HELSE OG SYKDOM

I likhet med det Fuggeli og Ingstad (2001) fant i sin undersøkelse om jakten på det folkelige helsebegrep (se pkt. 2.4), blir sykdom av mine informanter tolket og forstått i et holistisk, pragmatisk og individualistisk perspektiv. Det innebærer at de fokuserer på hele sin livssituasjon når de skal beskrive hvordan de opplever egen

helse. Det handler om privatlivet, møtet med "systemet" som leger og NAV, og møtet med arbeidsplassen. Dette er viktig å ha med seg når man skal studere sykefravær fordi det illustrerer at arbeidsplassen bare er *en* arena av flere som er viktige for å forstå folks fravær fra arbeidet. Helse handler altså ikke bare om fravær av sykdom, men av hvordan man oppfatter livet sitt i stort. Har man mange byrder i livet, vil dette kunne påvirke opplevelsen av helse og sykdom i negativ retning. Dersom man samtidig har et godt nettverk av familie og venner og en jobb man trives i, har man også andre positive ting i sitt helseregnskap som kan veie opp for hva man tåler av sykdom og ulike former for belastninger. Noen knytter opplevelsen av egen helse opp mot at for eksempel barna har det bra. Går det dårlig for dem på skolen, eller de er syke, så påvirker også dette opplevelsen av egen helse som forelder. En av mine intervjuedes sykefravær kan nettopp knyttes til dette. Hun oppfatter seg selv som å være en person med godt nettverk og godt humør – noe hun nevner som en kilde til at hun ikke har vært sykemeldt før i moden alder. Imidlertid har påkjenningene over å ha et sykt barn, en krevende jobb, og ikke minst kampen mot systemet gjennom en årrekke, bidratt til at hun selv nå opplever å ikke ha en så god helse:

*(...) Da tenkte jeg: "Orker jeg mer"? Men jeg gikk på jobb. Jeg trodde faktisk jeg hadde fått noe med hjertet. Og jeg trodde faktisk at jeg kunne hatt et lite drypp eller noe. (...) Vi er ikke en familie, vi er ikke et ektepar, som sitter og syter og klager. Vi har stort nettverk rundt oss. Vi har familie på begge sider, venner. Vi er sosiale (...). Uten det så hadde det ikke gått, for vi har jo et liv utenom det. (...) Det har vært en kannosagang (...) Det er klart at når du går på en sånn krevende jobb, så har du jo bruk for fritiden din. (...) Når du må begynne å kjempe for små bagateller, og du er kanskje sliten inni deg med alt som har vært, så kommer du til et punkt hvor det bare sier pang! (...) Jeg har hatt en god helse, og jeg har en utrolig mann. Og et nettverk – familie. (...) Jeg har hatt omsorgen i mange år. Det har vært en kjempeslitsom jobb i forhold til tildelingskontoret for å ha fått det man trengte. (...) Men de siste årene før jeg ble sykemeldt, søkte jeg om å få litt fri. Og da telte de på timer og dager på tildelingskontoret. Og kommunen er altså så hektet på å spare penger at det er helt tragisk. (...) Man må kjempe for det som er en rett du har. Og hvor mange ganger har vi ikke kjempet og gitt opp. Vi må puste! Vi må leve! Vi kan ikke holde på sånn. Jeg sier at det er kampen i systemet som har tatt knekken på meg. Det er det. Jeg forteller min historie i håp om at det kan hjelpe én familie. At det kan bli dokumentert at det er viktig at det blir lagt til rette for de som jobber.*

Vedkommendes historie og sitatet ovenfor illustrerer at strukturelle forhold, som hjelpeapparatets manglende forståelse for familiens problemer, over år har bidratt til å slite ut arbeidstakeren både fysisk og psykisk. Samtidig viser utsagnet at det er andre forhold i livet som kan bidra til at man opplever å ha god helse: en god ektefelle og et godt nettverk. Det vitner om en pragmatisk holdning til helse. Man kan føle seg utslitt og syk, men andre positive forhold i livet kan bidra til at man takler uhelse likevel. Man tilpasser seg så godt man kan til den situasjonen man befinner seg i, og innenfor de rammer man har til rådighet. Men resultatet kan bli at vedvarende stress og press over mange år til slutt setter seg i kroppen som "vondter". Hun viser til at det har vært ønskelig med litt ekstra hjelp fra helsevesenet for å bearbeide mange vonde og tunge opplevelser, men hun har fått beskjed om at hun ikke er syk nok. Det indikerer at systemet kan bidra til å gjøre folk sykere fordi det er et krav om å være så og så syk for å få hjelp, men også at systemet kan bidra til å ekskludere folk fra arbeidslivet fordi det ikke er kapasitet nok i systemet til å behandle dem som trenger det. Selv mistenker hun også at alderen taler mot henne, og hun viser også til at tidligpensjonering har vært foreslått som en løsning.

*(...) når det gjelder økonomi så kommer jeg dårligst ut. Hvis jeg skulle tatt AFP. Hvis jeg hadde jobbet i full stilling, og tenkt at nå har jeg kommet til det punktet at jeg tar AFP, for nå skal jeg ha resten av livet mitt til å nyte. Men sånn er det ikke for meg, for jeg taper uansett. Jeg har ikke vært ute og tjent opp til dette. Jeg ville ha dårlig økonomi, og jeg vet ikke hva jeg ville fått ut av fritiden min. Så det går jeg ikke for.*

Sitatet berører hvilken tiltrekningskraft arbeidet har sammenlignet med fritiden for henne. Fordi hun har et pleietrengende barn, vet hun at fritiden vil gå til pleie og omsorg. Tiden utenfor hjemmet er verdifull for henne fordi hun får andre impulser og et lite pusterom fra privatlivets bekymringer. Arbeidet gir henne et viktig meningsinnhold i livet. Valget veies også opp mot økonomiske forhold. På grunn av sitt pleietrengende barn har hun aldri kunnet jobbe heltid, og økonomisk vil hun derfor komme lite gunstig ut ved tidligpensjonering. En av de intervjuede legene er også inne på det faktum at hvis man av ulike grunner sliter på den private arenaen, trenger ikke arbeidet oppleves som en byrde, noe man ikke orker å forholde seg til, men det kan ha en stor attraksjonskraft fordi det gir mening og struktur i tilværelsen. Det kan rett og slett oppleves som et tilfluktssted:

*(...) Jeg ser også eksempler på folk som er i ganske umulige situasjoner i sitt private liv, og som faktisk holder seg oppe ved at de har arbeidet sitt. Det er et livsinnhold som er så vesentlig for dem, og følelsen av å få bruke sine ressurser. (...)*

Fuggeli og Ingstad (2001) viser til at folk ikke måler sin egen helse i forhold til et ideal, men ut fra det man kan regne som rimelig ut fra livssituasjon, alder og sykdom. De viser videre til at det individuelle aspektet er viktig når man snakker om helse. Opplevelse av helse/dårlig helse er individuelt og det som passer for noen passer ikke for andre. Dette fokuserer spesielt en av mine informanter på:

*Det er vel også en forebyggende ting som vi har pratet litt om: Hva er det å være syk? Når er du syk? Når du går på jobb, skal du være fullstendig smertefri? Skal du ikke kjenne noen ting? Skal du være på topp? Eller går det an å gå på jobb og gjøre noen arbeidsoppgaver selv om du ikke er helt frisk? Og det samme med meg og de plagene jeg har: Skal jeg si at jeg er bra til å være i jobb? Går det an å ha litt vondt innimellom, og kjenne at du gjør noe? (...) Hva er det å være frisk? Og hva er det å være syk? (rehab.)*

Utsagnet er et godt eksempel på at sykdom ikke oppfattes som noe entydig og klart avgrenset. Sykdom kan på mange måter tolkes som et kontinuum – en flytende tilstand hvor frisk ikke trenger å innebære 100 % fravær av sykdom. Sykdom trenger derfor ikke å være ensbetydende med fravær fra jobb. Hvis sykdom oppfattes som en flytende tilstand kan man tenke seg at det også åpner for grader av arbeidsevne. Vedkommendes refleksjoner rundt friskhet og sykdom viser nettopp denne flytende overgangen det kan være mellom helse og uhelse, og mellom arbeidsevne og fullstendig fravær fra arbeidet. På spørsmålet om hva de ansatte kommer frem til på arbeidsplassen, får jeg følgende svar:

*Ikke minst det der at vi er forskjellige. Jeg kan tåle så og så mye, men en annen person ikke kan klare det, eller kan klare mer enn meg. Det er det farlige med å begynne å snakke om sånne her ting – at man skal ikke sette en grense og kanskje ”dømme” (...) (at det, sic) er personer som ligger over eller under. Det er du selv som må kjenne etter. Det er ikke andre som kan si at du er frisk nok til å gå på jobb. Dit må det ikke komme. Den biten er forskjellig.(...) Og det at du kanskje kan være på jobb noen timer. At du kan si at i dag er jeg sånn og sånn jeg er ikke helt i form, men jeg kan klare så og så mange timer, men da er det nok. Eller at du har hatt en kraftig forkjølelse eller influensa, men at du kan klare å jobbe noen timer i stedet for at er du borte en hel dag. (...). Du må ikke se på: Jeg er syk eller ikke syk. Men hva kan jeg yte? Og hvor mye kan jeg yte? Det å komme på jobb 3-4 timer er bedre enn ingenting. (rehab.)*

Sitatet illustrerer også det individuelle perspektivet i diskusjonen rundt helse og sykdom. Det er individet selv som må definere sin egen helsetilstand, og at

individet selv har en viktig oppgave å vurdere sin egen arbeidsevne. Dette er forøvrig i tråd med intensjonene i *Tettere oppfølging av sykemeldte* der den ansatte selv er pålagt å bidra til samarbeid og innsatsvilje i forhold til å vurdere egen arbeidsevne.

En av de intervjuede som nå går på rehabilitering, har helsemessige begrensninger. Dette innebærer at hun ikke kan gjøre sine tidligere arbeidsoppgaver. På grunn av en leder som ikke har fulgt opp og tilrettelagt for vedkommende, har denne personen endt opp på rehabilitering etter ett års sykemelding. Når jeg spør vedkommende som går på rehabilitering om hun oppfatter seg selv som for "syk" til å arbeide får jeg følgende og kontante svar: "Nei, nei, nei, overhode ikke"! Vedkommende viser til at grunnen til at hun har havnet i denne situasjonen er relasjonen til lederen og hun sier videre: "De lager jo kasus av noe som ikke er noe kasus". Vedkommende har opplevd ulike former for ekskluderingsmekanismer som manglende tilrettelegging og mangelfull oppfølging. En ansatt som ikke opplever seg som syk, eller som å ha generell nedsatt arbeidsevne, har altså blitt presset ut av arbeidet og står nå i fare for å bli uføretrygdet mot hennes egen vilje.

Som vi ser, kan den subjektivt eller individuelt opplevde helsen sies å være et resultat av mange ulike faktorer og relasjoner. Det kan være relasjoner knyttet til privatlivet og til arbeidet. Men fastlegen (og andre behandlere) spiller også en viktig rolle i dette. Når et individ føler seg syk, går det til legen for å få en ekspertvurdering. Diagnosen legen stiller, kan således ha en innvirkning på hvordan individet oppfatter sin egen helsetilstand. Nordby (2007: 765) viser til at: "de fleste pasienter tror at det å ha en sykdom, ofte fører til nedsettelse av den kapasitet som friske mennesker har. Det er derfor god grunn til å tro at merkelappen "sykdom" kan føre til at mennesker tror at de ikke kan utføre, og dermed ikke utfører, handlinger og arbeid de egentlig mestrer". Dette kommer også til uttrykk i det apparatet som er involvert i en sykemeldingsprosess, og som jeg har intervjuet:

*(...) Den dagen uføretrygd setter seg fast i hodet på en pasient, så blir det sånn. Ingen i verden kan snu det. (...) Vi (legene, sic.) har en høy grad av frustrasjon, for vi har ikke så veldig mye som hjelper på en del sånne muskel- og skjelettpunkter. Og det blir skrevet ut fysioterapirekvisisjoner selv om man ikke har tro på at det skal virke, for man må gjøre noe for pasienten. For de forventer at man gjør noe, og de vil prøve noe osv. Og fysioterapeuter har den gjennomgående holdningen at folk ikke skal være i arbeid når de går til behandling. Og de sier til pasienten at: Du må ikke være i arbeid! Og da som lege å si at det er ingen medisinsk grunn til at du ikke skal jobbe, er helt umulig når den tanken først er sådd i hodet på den*



pasienten. Så fysioterapistanden står for en ganske stor prosent av sykemeldingene av muskel- og skjelettlidelser. Budskapet fra fysioterapeuten er at: Skal jeg klare å hjelpe deg så må du være sykemeldt. Det er totalt ødeleggende, for sier du i mot det så skifter pasienten lege. (...) Det er noe med at sår du først den tanken så... Det er ingen pasient som tør å gå på jobb hvis fysioterapeuten har sagt at du må ikke gå på jobb for da blir du ikke bra. (...) De kan dosere med stor faglig tyngde overfor pasienten om at du må være sykemeldt. Og da blir de sykemeldt, altså. Og de skal ha x antall behandlinger. Hvis de får to i uken – det blir 12 uker det. Da er du nesten over på trygdesakene – altså at vi må begynne å skrive til trygden. Det er jo tall på det at har du vært så og så lenge syk, så er oddsene for at du kommer tilbake på jobb halvert selv om grunnlaget var veldig dårlig. Legen mente kanskje at det ikke var nødvendig med sykemelding en gang, men fysioterapeuten sa det, og så ble de sykemeldt så og så lenge og så blir de arbeidsufør. De har masse sykemeldinger og trygd på samvittigheten – i mine øyne - og dette ser jeg hver dag. Problemet er at skaden allerede er skjedd – du kan bruke 20 minutter på å snakke med den pasienten, og si det at det er ikke sann verden henger sammen (...) (lege)

(...) Folk blir trent tilbake i en passiv og defensiv situasjon. Dessverre så er det ofte sann at helsevesenet legger opp til det. Helsevesenet understøtter alle defensive trekk hos pasienten og sier: "Stakkars deg"! "Er det noe vi kan gjøre"? (...) (lege)

Jeg må ærlig innrømme at jeg ikke har sett så mange på tidsbegrenset uførestønnad som har kommet tilbake i arbeid. (...) Men det er klart at en uførepensjon i seg selv er et håndbrekk for folk. At får de ordet uførepensjon, så får de liksom satt en merkelapp på dem om at nå er det ikke mer å hente. Og da er det enda vanskeligere å få dem tilbake i jobb. (NAV)

(...) at du kommer med en betennelse av ett eller annet slag og sier at: "Jeg er 100 % borte". "Men det kan du ikke være", sier jeg, "Jeg har andre oppgaver – du trenger ikke å være i nærheten av en pasient"! - "Jo, men legen sier at jeg er 100 % sykemeldt". Jeg kjenner mange ganger på det at den sykemeldte går til legen, og jeg sier at: "Nå kommer du vel tilbake"? Men så sier de: "Nei, det kommer an på hva legen sier". Jeg synes på en måte at de skyver den over – og det er klart at sier de til legen at: "Nei, jeg er så og så syk". Så kommer de jo ikke tilbake, men vi prøver å ha fokus på den delen av deg som fortsatt er frisk. (virksomhetsleder)

Diagnose, behandlingstradisjon og behandlingsapparatet som sådan kan altså samlet eller enkeltvis bidra til sykefravær og uføretrygd. En sykdomsdiagnose kan påvirke enkeltmenneskers identitet i den grad i møtet med behandlingsapparatet at de mer eller mindre frivillig blir presset inn i en defensiv sykerolle. Denne sykerollen bidrar så til at visse spilleregler trår i kraft. Dette kan bidra til å legitimere fravær fra jobb for pasienten samtidig som det antakelig gjør noe med motivasjonen til enkelte mennesker.

Men det er igjen viktig å påpeke at helse og opplevelse av helse/sykdom er individuelt og kontekstuelt forankret. Der noen arbeidstakere opplever seg som for syk til å arbeide, har andre arbeidstakere derimot problemer med å innse sine begrensninger:

*(...) Men så er det noen som av ulike grunner rett og slett har så store problemer med å akseptere at de ikke fungerer i den jobben de er i, at man må gå noen runder for rett og slett for deres egen selverkjennesskyld. Det er jo en og annen gang at alle andre enn pasienten skjønner at her passer du ikke, eller her er gapet mellom mestring og krav for stort. Og de skjønner det ikke selv, men kroppen skjønner det. Det finnes noen sånne også, faktisk. (...) (lege)*

*(...) Jeg kan gi et tilbud som kan minske sykefraværet, men personen sier nei. Jeg skal jobbe her! Men allikevel går vedkommende sykemeldt. (...) Man kan ikke tvangsomplassetes, for da kan de bli sykemeldte på grunn av mistrivsel. (virksomhetsleder)*

Disse utsagnene viser at rollen som lege og som virksomhetsleder også kan være utfordrende, og at det til syvende og sist er individene som har det siste ordet. Dette viser også legene til:

*(...) Det som er realiteten der og da, er at det er sånn det oppleves for pasienten. Det er hennes opplevelse. Den tar jeg for god fisk, uansett. Jeg skriver den ned ordrett noen ganger. Om hva det er for noen ting. Og så ser jeg på hva tilstanden er. (...) Da sier jeg at legekantoret er det frirommet som du nå har. Og der er det ingen som ringer og verifiserer noen verdens ting. Der er det bare det du sier som blir tatt på alvor basert på det du da bringer frem. (...) Det er subjektivt og man kan ikke verifisere objektivt om noen føler seg sånn eller sånn. I hvert fall ikke så langt på vei. (...) (lege)*

*(...) Vi kjenner jo ikke jobbene til folk, men samtidig så kommer vi ikke forbi at det er den opplevelsen den enkelte personen har av jobben sin som til syvende og sist teller. Det hjelper ikke hva virksomhetsleder eller jeg måtte mene om det – at dette er lett eller ikke - hvis vedkommende synes det er tungt – at det er en umulig jobb – så kommer vi ingen vei med det. Så her finnes ikke objektive mål. (lege)*

Dette er et viktig poeng fordi flere undersøkelser viser at det nettopp er individets egen opplevelse av helsetilstand og vurderingen av egen arbeidsevne som er avgjørende for om vedkommende kommer tilbake til jobb/arbeidslivet eller ikke (Schult 2000).

I motsetning til den mer folkelige og holistiske tilnærmingen til helse har medisinen tradisjonelt sett hatt en reduksjonistisk innfallsvinkel til sykdom. Det fokuseres på deler fremfor helhet, og på objektive funn. Legene i mitt materiale kan ikke sies å dele dette synet på sykdom. Tidligere undersøkelser viser også til at leger har en mer holistisk tilnærming til sykdom (Hem og Steihaug 2006). Når helseproblemene kan være et resultat av et konglomerat av problemstillinger, vil en slik tilnærming til pasientens problemer ofte innebære at man fokuserer på symptomene, og ikke på de reelle problemene. For det første fordi mange fysiske lidelser har sitt utspring i psykisk dårlig helsetilstand. Faren er da at man behandler symptomer - som en vond skulder, og ikke det som kanskje er det reelle problemet – en psykisk lidelse. Dette kommer bl.a. til uttrykk i de ulike skjemaene legene må forholde seg til når de skal stille diagnoser og vurdere arbeidsevne/funksjonsevne. Her kommer også sykdomsbegrepets forklarende funksjon inn da skjemaer implisitt inneholder en måte å forstå sykdom på, og hvordan sykdom klassifiseres. En lege sier følgende om ulike skjemaer som må fylles ut:

*Alt har jo båser, bokser hvor ting passer. Og det skjemaet er ikke laget for noe annet enn hvis du brekker benet, tror jeg. Det er ikke plass til å skrive noe annet vettug. Skal man si noe om funksjonsevne, for det er jo det vi skal si noe om. Hva er det som gjør at funksjonsevnen er nedsatt – arbeidsevnen er nedsatt? Det er jo ikke plass til å skrive noe om det. Hvis du ser på de skjemaene, så er det ikke rom. De er ikke laget til formålet. Det er mange kollegaer som har sagt det. Det er vel en generell oppfatning av det at skjemaet er veldig lite hensiktsmessig. Og det er for så vidt det store skjemaet som man søker om andre ytelser på også. Når du kommer over på rehabilitering, attføringspenger eller uførepensjon, så er det veldig mange spørsmål der som er... Jeg klarer nesten aldri å svare på dem, og jeg oppfatter ikke meg selv som en som er under middels intelligent. Hehe. Men sånn er det. (lege)*

På spørsmålet om hva det kan skyldes, får jeg følgende svar:

*Jeg tror det betyr at vi befinner oss i ulike verdener med ulike yrkesoppfatninger og at særlig NAV henger veldig igjen i den tradisjonelle sykdomsdefinisjonen: Altså hva er sykdom? Jo, det er noe målbart, noe synlig, noe som har en diagnose, en kode og et tall. Hvis du ikke passer inn i den boksen der, så er du ikke syk og da skal du ikke bruke det skjemaet heller. Det går nok mye på det. Det psykiske funksjonsnivået er også ofte vanskelig å beskrive i de termene det legges opp til at vi skal bruke. Jeg vet ikke helt hvordan skjemaene skulle sett ut hvis de skulle ha vært bedre heller!(...) (lege)*

I en undersøkelse utført av Hem og Steihaug (2006) vises det til at for eksempel skjemaet for "Legeerklæring ved arbeidsuførhet" ikke gir et godt utgangspunkt for å skrive en god legeerklæring og det vises til at dette skyldes at: "Skjemaet er utformet på en slik måte at det implisitt formidler at en sykdomsmodell basert på et naturvitenskaplig kunnskapssyn ligger til grunn" (Hem og Steihaug 2006:30). Skjemaene tar ikke hensyn til pasientenes forståelse av sykdom, deres sosiale relasjoner og lignende. Altså går disse skjemaene på tvers av det de fleste individer forstår og måler egen helse ut ifra. Hem og Steihaug (2006) viser til at hadde slike variabler blitt tatt hensyn til ville muligens tilstander og diagnoser som i et naturvitenskaplig kunnskapssyn framstår som diffuse, bli mer forståelig. Bedre utformede spørsmål knyttet til funksjonsvurdering i legeerklæringsskjemaene ville også kunne føre til bedre svar fra legene.<sup>7</sup>

En lege illustrerer også hva klassifikasjoner av sykdom kan bidra til av atferd på individnivå når jeg spør om vedkommende har hatt pasienter hvor omskolering har vært aktuelt:

*Jo, men da må de bli veldig syk før de får det. Det må ikke koste dem noe selv. Det passer aldri i et voksent liv å ta den kostnaden – å være ute av arbeid og betale utdanningen selv. Så da må man bli enda sykere for å kvalifisere seg for det. Da må du fokusere på alt som er negativt. Det er en veldig destruktiv prosess når måten å bli bra på er å fokusere på det som er galt. Hvis du tror du skal vinne, så vinner du, men her er det motsatt: du må demonstrere hvor dårlig du er. Det er det de fokuserer på i trygdesystemet. Du blir dårligere og dårligere inntil du får attføring. (...) Jeg synes ikke jeg ser veldig mye attføring som er vellykket. I de tilfellene*

---

<sup>7</sup> Det vises også til at kvinner i større grad enn menn har lidelser uten "objektive" funn (Ockander i Hem og Steihaug 2006:32)

*det er vellykket, så er det jo fordi at grunnlaget har vært tynt, og hvor det har vært mennesker, som hvis de sosiale ordningene hadde vært annerledes, egentlig burde kostet utdanningen selv. (...) (lege)*

Igjen illustreres det hvordan systemet på mange måter bidrar til å skape sykdom, og hvordan enkeltindividet tilpasser seg dette systemet, for best mulig å kvalifisere seg for en ytelse. Samtidig ser vi at det fokuset som er på helse og arbeidsevne/friskhetsfaktorer når arbeidstakeren fremdeles er en del av arbeidsorganisasjonen, blir endret. Når personen er ute av arbeidsorganisasjonen, og blir en del av hjelpeapparatet, blir fokuset i stor grad knyttet til uhelse og sykdom – altså faktorer som ikke vil bidra til å få personen inkludert i arbeidslivet igjen.

## **5.2 HJEMMELIV – ARBEIDSLIV**

Det er ikke bare det ”nye arbeidslivet” som er komplekst og motsetningsfylt. Privatlivet er også i større og større grad preget av endringer, kompleksitet og tidsklemmer. Denne doble endringen i privatliv og arbeidsliv gjør ikke bare at skillelinjene mellom kjønnene utfordres gjennom at begge parter i et forhold forventes å være både deltakere i arbeidslivet – altså økonomiske aktører – og omsorgspersoner (Ellingsæter 2003:16), men også at økte krav på begge disse arenaene kan bidra til langtidsfravær og uføretrygding. Den samlede summen av enkeltindividets relasjoner kan altså føre til langtidssykemeldinger og/eller uføretrygd. De fleste av mine informanter påpeker nettopp denne kompleksiteten i sykefraværet, noe disse sitatene er et eksempel på:

*Og det er ingen åpenbar fellesnevner for hva som skal få dem tilbake på jobb heller, fordi det kan være så sammensatt ofte. Det dreier seg om forskjellige tilpasningsreaksjoner i ulike livsfaser og det kan være en vond skulder, riktignok, som har fått det til å bikke over, men når du begynner å nøste i det så er det ofte, det er jo kvinner det dreier seg om – i hovedsak – det er skvisen i livet. Gapet mellom de kravene til deg både som yrkesaktiv, som datter, som mor, som ektefelle og alt det du blir presentert for som forventes av deg på de ulike arenaer. Gapet mellom det og det du til enhver tid evner å yte. Er det gapet for stort så blir du syk. (...) Og der er det ikke så lett å se at du skal kunne tilrettelegge noe på jobb fordi det er summen av alt som gjør at du blir syk. (lege)*

*(...) Og nå er rehabiliteringen forlenget. Så må jeg se. For jeg er egentlig et menneske som er veldig aktiv. Jeg liker å holde på med noe. Jeg er litt kreativ og sånt noe, men det er ikke på grunn av meg selv at jeg tenker at*

*jeg aldri kommer ut i arbeidslivet igjen, men det er på grunn av en situasjon vi har hjemme med et pleietrengende barn. (...) Jeg har hatt en krevende jobb i mange år, og det har vært fryktelig slitsomt. Det har krevd maks. (rehab.).*

*(...) jeg har aldri følt at jeg har sykemeldt en person, jeg har alltid følt at det er en relasjon jeg sykemelder. Det er relasjonen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det er arbeidsplassen vedkommende er på med alle dens forskjellige pluss og minus og en spesifikk medisinsk tilstand. Det er det som gjør det så vanskelig. (...) (lege)*

*(...) Og det jeg har ute i dag i sykemelding og jeg tror nesten jeg kan si helt sikkert at ingenting er jobbrelatert. Mye på dette med familie, veldig mye på det sosiale. Og noen holder på med så mye at de har ikke tid til å gå på jobb og sier nesten at de er så sliten i perioder på hjemmebane at de må ta seg pause her. Det hører vi flere ganger. (...) (virksomhetsleder)*

Disse sitatene kan stå som en påminner om at mye fravær kan knyttes til det jeg tidligere har kalt "annet" fravær, altså sykefravær som ikke kan knyttes direkte til forhold på arbeidsplassen. Dette er altså fravær som arbeidsgiver har liten eller ingen mulighet til å påvirke direkte. Sitatene illustrerer igjen at de involverte parter har en forståelse av sykdom som noe helhetlig. Det er kombinasjonen arbeid, fritid og individuelle faktorer som bidrar til å skape fravær. Når målet er å få ned sykefraværet, er det viktig å ha et realistisk forhold til hva fravær skyldes, og hva man kan og ikke kan gjøre noe med som arbeidsgiver. For det kan tidvis skape frustrasjoner hos virksomhetslederne hvis fokuset er på at det er forhold på arbeidsplassen som er årsaken til fravær, og det legges til rette på alle mulige måter, men uten at fraværet går ned.

### **5.3 TOLKNINGER OG MENINGER OM ÅRSAKENE TIL SYKEFRAVÆR**

Årsakene til fravær fra arbeid er sammensatte, og hvordan ulike aktører ser på fenomenet, er avhengig av deres posisjon og perspektiv. De vektlegger ulike faktorer ut fra de erfaringer de har med ansatte i ulike faser av fravær og uføretrygding.

### 5.3.1 Arbeidsgivere, fastleger og NAV

Når jeg spør informantene som ikke er på rehabilitering eller uføre om hva de anser er årsakene til sykefravær, kan deres svar hovedsakelig deles inn i tre ulike kategorier: medisinsk konstaterte sykdommer (for eksempel kreft), legenes sykemeldingspraksis/rolle og arbeidstakernes motivasjon og privatliv:

*En del av langtidssykefraværet er folk som har – de kan ha kols, de kan ha hatt operasjoner i hender, sårne som liksom er utslitte. Det er de langtidssykemeldte (...)*

*(...) De som er syke er folk som har jobbet her i 15, 20, 25 år. De begynte i jobben i en tid hvor alt var veldig tungvint. De hadde masse å bære på og de brukte tunge metoder (...) Det var da de la grunnlaget for de slitasjene som vi i dag har som har resultert i mange langtidssykefravær, og også ut i uførhet på grunn av at skuldre og armer rett og slett er utslitt.*

*Jeg har unge folk som har vært ute lenge, men det er rett og slett sykdom, fysisk sykdom som gjør at de ikke kan være på jobb. Store operasjoner.(...)*

Disse sitatene kan stå som eksempler på at mye av sykefraværet rett og slett kan knyttes til sykdom som gjør at fravær fra jobb er uunngåelig. Det er en type fravær som man kan si er legitimt, eller som det er allmenn aksept for. Det stilles ikke spørsmålsteg ved slikt fravær og individet blir ikke mistenkeliggjort.

I tillegg til de medisinsk konstaterte sykdommene, peker virksomhetslederne også på legenes rolle i sykefraværarbeidet og det er da hovedsakelig knyttet til det de oppfatter som legenes manglende kunnskap om ulike sektorer samt legenes sykemeldingspraksis.

*Det jeg opplever når du snakker med enkelte leger så er det sånn: Men Herre min! De jobber jo på sykehjem og der er det jo så tungt. Men det er ikke alt som er tungt på et sykehjem – langt derifra. Å få det fokuset inn og tenke på hva...og da må man jo tenke på yrkesgrupper. Hva kan en sykepleier gjøre? Jo en sykepleier har et veldig vidt arbeidsfelt også på et sykehjem. Og det er flere arbeidsoppgaver enn en sykepleier kan ivareta. Jeg føler vel ikke at de har den under huden.*

*Legen er jo suvereniteten, så på en måte er det sagte ord det sagte ord, synes jeg. Og jeg tror nok at vi på legesiden har en laaang vei å gå. Jeg føler at vi som ledere i kommunen er kjempeflinke til å jobbe med fravær, for å få folk tilbake. Vi følger opp, vi snur og vender, vi lager tiltak og tilrettelegging, men jeg tror virkelig at legene har en vei å gå. Du må tenke friskfaktor – om du kommer til en lege og sier at jeg er så og så syk så må du jo ha en friskfaktor igjen. Ellers så er du nesten utladet og død. Og den friskfaktoren – det er den vi må få tak i. Gir det meg en dag som arbeidstaker på jobb, så ja vel, da har jeg i hvert fall den dialogen som jeg synes er kjempeviktig. (...)*

Vedkommende sier videre:

*Det (sykemeldingsskjemaet, sic) var de flinke til å fylle ut de tre månedene, for det skulle de fylle ut på sykemeldingen om du kunne være i arbeidsrelatert aktivitet. Det er borte fullstendig! Og når vi fikk de før, og de ikke var fylt ut så sendte vi de tilbake. Ingenting skjer i forhold til det lenger. Og legene fyller det ikke ut. For det vil jo tvinge legen til å tenke den friskfaktoren. Men det gjør de ikke lenger – veldig få, det er minimalt av legene som fyller den ut. Jeg vet ikke hva det skyldes, og det er klart at vi kan ikke følge opp hver ansatt i forhold til hver enkelt lege – vi har ikke en nubbe sjanse. Men jeg tror at fokuset mot legene i forhold til sykefraværarbeid skulle være mye, mye større. Jeg føler at vi gjør virkelig vår jobb, men mange ganger, ja du blir overkjørt selv om vi kan si at vi har behov, og vi kan tilrettelegge.*

Men samtidig har virksomhetslederne forståelse for at legens rolle heller ikke alltid er så enkel, og at legene ikke alltid rår over situasjonen:

*Skulle ønske at legene noen ganger hadde hatt en litt annen holdning til det å sykemelde folk. Noen ganger synes jeg de sykemelder for lett, men det er klart at de sitter også i en vanskelig situasjon. Og så kommer noen og sier at: "Nå har jeg så vondt her at jeg kan ikke gå på jobb", så er det veldig vanskelig for dem å si: "Beklager, du må bare gå. Jeg tror deg ikke"!*

*(...) Men vi har helt klare eksempler på hvor arbeidstaker har byttet fastlege fordi de ikke får sykemelding, og derfor hopper de over til en ny. (...)*

De intervjuede virksomhetslederne peker på at det er mange forklaringer på at folk blir sykemeldte. Noe relateres til det jeg har kalt legitime diagnoser, noe forklares



ved hjelp av legens praksis og at de ikke er flinke nok til å vurdere pasientenes arbeidsevne, men samtidig viser virksomhetslederne også til rene individuelle forhold som gjerne blir knyttet til motivasjon. Motivasjon blir da gjerne knyttet til individenes karakter, moral, verdier og holdninger, og ikke til strukturelle forhold. Dette blir da å betrakte som det jeg vil kalle illegitimt fravær. Det er fravær man stiller spørsmålstegn ved.

*(...) Når arbeidstakere nærmest planlegger fremover for når de skal bli sykemeldt fordi de tror at de får noe slitasje fremover, så kan man spørre seg hva slags holdninger har vi til jobben vår? Mener man at man står i et sånt slitasjeyrke, og det gjør vi – det er det ikke tvil om – men kjenner man at man er så sliten at her klarer jeg ikke å være, så man ta et ansvar for det og gjøre noe med det, tenker jeg. Ikke la arbeidsplassen din bli et sted hvor du kan komme og gå – være en svingdørsarbeidstaker som sliter ut bedriften. (virksomhetsleder)*

Saksbehandlerne i NAV kan i stor grad sies å være av samme oppfatning som virksomhetslederne – noe oppfattes som helt legitimt og reelt fravær, mens noe fravær oppfattes som manglende ansvarstaking og motivasjon hos enkeltindivider:

*(...) Hvor stort ansvar har den enkelte til å gå fra stillingen sin, hve seg ut i noe nytt når du er syk? Noen hiver seg ut i det, mens andre vegrer seg. Og man kan forstå det eller skjønne det, men er det folketrygden sitt ansvar? (...).*

*Jeg tror arbeidsgiver er flink nok, men jeg tror den enkelte selv også må ta et ansvar for egen trening. Og har man et fysisk tungt yrke hvor sannsynligheten for slitasje er stor så må man passe på kroppen sin. Det er en risikofaktor med det yrket – du vet at ... selv om du trives og ikke kunne tenke deg til å jobbe med noe annet – det skjønner jeg, men da må du erkjenne at du må være i form til det. Og prøve å forebygge. Nå sier ikke jeg at folk bevisst tenker det at: "Nei, jeg skal ikke ta vare på kroppen min, fordi at da oppnår jeg sikkert slitasje og får uføretrygd". Jeg bare filosoferer litt over dette om hva slags ansvar har man selv for å få det til å fungere.*

*Man kan spørre seg om det er for lukrativt å være syk? Det kan jo hende. Dette er sikkert å banne i kirken, men jeg tror at det er for godt å være syk i Norge. Det er ingen tvil om det. Det koster så mye å komme tilbake i jobb igjen når du kan ha det like bra uten å gå tilbake til jobb at motivasjonen for å gjøre det er fraværende.*

Men samtidig erkjennes det også at hvis arbeidsbetingelsene er gode, og hvis det legges til rette og forebygges, vil også arbeidsgiver belønnes med tilstedeværende og ansvarliggjorte arbeidstakere:

*Jeg har noen gode eksempler der de ansatte virkelig har et eierforhold til jobben. Der fungerer det veldig bra. De skal være bra syke før de ikke kommer på jobb. Kommer de ikke på jobb, så er det ille. Og klart at har du sånne arbeidstakere, så har du knapt sykefravær. De bruker tid på den det gjelder, de bruker penger på dem, de tilrettelegger, de ordner ting. Er du syk så, kom i hvert fall og vær her. Du skal være bra syk for ikke kunne være et sted. Det er klart at da får de som jobber der et eierforhold til jobben. De forventninger som settes til deg at du bidrar. Om du ikke bidrar med 100 %, men bare 10 %, så blir det ansvarliggjøring. Når du får til det på en positiv måte da har du virkelig lagt gullegget, for da er folk på jobb.*

Dette viser at det er ikke bare snakk om sykdom og helse som årsaker til fravær, men også om trivsel og gode arbeidsforhold som viktige årsaker til nærvær. Her kommer det også frem at på slike arbeidsplasser blir det en positiv vekselvirkning mellom ansatte og ledelse når det gjelder å finne ordninger som gjør at de ansatte kan være på jobb, også når de ikke føler seg helt frisk. På en annen side kan det være vanskelig å få dette til over tid når krav og slitasje gjør at de ansatte ikke klarer å hente seg inn igjen i løpet av de vanlige fridagene:

*Jeg tror ofte det er et misforhold mellom krav og mestring. At de trenger en pause. Og så tror jeg at slitasjeskadene er store. Arbeidspress og det stå lenge i et yrke – mange har tunge yrker (...) (NAV)*

De tillitsvalgte fokuserer ikke overraskende på at en rekke organisatoriske forhold har betydning for fravær. Det fokuseres på ledelse, på arbeidsbetingelser og -krav, på dårlig håndtering av arbeidskonflikter og på arbeidsmiljøet. Men samtidig erkjennes også enkeltindividets ansvar.

*Vi har et høyt sykefravær i kommunen, og så kan man spørre seg hva som ligger bak de tallene. Noe vet man – en god del er relatert til arbeidsmiljøet (...) Det er klart at hvis du trives i jobben, men kjenner deg litt småsyk, så gjør du alt for å komme på jobb, men dersom du mistrives på jobb, så tror jeg terskelen for å la være å gå på jobb er lav. Du yter automatisk mer hvis du trives. (tillitsvalgt)*

Legene viser også til kompleksiteten i dette og de har en holistisk tilnærming til feltet. De knytter fraværet til enkeltindividenes motivasjon, til individenes ulike relasjoner og til enkeltindividets intellektuelle eller mentale kapasitet:

*(...) Det er ikke sykdommen det kommer på. Det er ufattelig hva folk jobber med av smerter hvis de vil jobbe, og hvis det er det de er motiverte for. Har hatt pasienter som har måttet stå og jobbe hele dagen på grunn av smerter. Alle ville sagt at du skulle vært sykemeldt, men det var helt uaktuelt for vedkommende. Og andre har ingenting objektivt (medisinsk sett, sic) og er 100 % ufør og havner på uføretrygd. Så det er ikke logisk. Det er helt andre faktorer: Det er rus, det er vanskelige sosiale forhold, alt av misbruksproblematikk og angstlidelser er en svær, for så vidt sammen med depresjonene, men angstlidelsene produserer masse, masse uføretrygd. Pluss sånne ikke erkjente forhold som dysleksi for eksempel. (...) Og det andre ømtålige er jo faktisk at det finnes en god del med dårlige evner. Og det er ikke-eksisterende i norsk uføretrygd at du sier at folk ikke har hodet med seg. Det er det ingen som tør måle og det er det ingen som tør si. (...) Og de, dette vet man, de blir syke. De får vondter, og de får ditt og datt. Og de får uføretrygd på grunn av vonde skuldre eller ett eller annet. De har rett og slett ikke evner. (lege)*

En nylig utgitt undersøkelse fra IRIS viser at den tredje hyppigste årsaken til sykefravær for folk over 50, er dårlige leseferdigheter. Flere og flere typer arbeid krever lese- og skriveferdigheter. Endringer i rutiner, hvor man for eksempel går over til data og mer skriftlig rapportering, kan bidra til at arbeidstakere som før har fungert utmerket i jobben, nå støtes ut på grunn av manglende ferdigheter. De økte kravene kan gjøre at det er stadig flere som opplever at de ikke strekker til i det daglige arbeidet fordi det settes mange typer krav til dem. Å føle at man ikke mestrer de krav det settes i jobben, kan lett føre til psykisk slitasje som også kan utvikle seg til fysiske plager.

### **5.3.2 Opplevelsene til de uføre/de på rehabilitering**

Nå har vi sett på hvilke refleksjoner virksomhetsledere, fastleger og saksbehandlere i NAV har til årsaker til sykefravær. De knytter en del til det jeg har valgt å kalle legitime diagnoser, til livet i stort og til motivasjon og manglende evner.

Hva slags tanker og refleksjoner har så de som er på rehabilitering eller er ufør? Deres historier er preget av vilje og motivasjon til å komme tilbake i arbeid, men noen hindres av dette på grunn av medisinske lidelser, andre på grunn av for stor belastning i privatsfæren og andre igjen av arbeidsrelaterede forhold. En viser til at

det er lederen som har stått i veien for en vellykket tilbakekomst til arbeidet. Det som ikke var en arbeidsrelatert skade i utgangspunktet, og som førte til den første sykemeldingen har senere resultert i over ett års fravær. Vedkommende er nå på rehabilitering, og knytter dette til leders håndtering av saken, altså er det her snakk om arbeidsrelatert fravær:

*(...) Jeg kunne gått tilbake når som helst. Jeg likte jobben, og jeg likte miljøet, men jeg kan ikke gå tilbake til min gamle jobb, men jeg kan gjøre andre ting på samme sted. Når jeg kan gjøre det på et annet sted så kan jeg gjøre det der også. Jeg forventer nå at noen griper fatt i dette. De må. (rehab.)*

Vedkommende viser videre til at hun har gått lenge i uvisshet både før hun ble omplassert, og nå som hun er omplassert, synes hun at hun får vite lite med tanke på løpet videre. På spørsmålet om vedkommende ser for seg et uendelig løp, får jeg følgende svar:

*Nei, det kommer ikke jeg til å godta. Hvis ikke jeg får tilbud om noe konkret, så kommer jeg til å si at da blir jeg hjemme. Jeg orker ikke å slite meg ut på det. Jeg har bestemt meg for det. Det er så unødvendig at det har blitt sånn. (...) Hvis jeg kunne ha vært i den jobben, jeg gir meg ikke så lett, skjønner du, så hadde jeg gjerne vært det. (...) Jeg skulle jo ikke komme dit å være et problem. Jeg skulle jo komme dit og være en ressurs. Det er jo det jeg var og ønsket å være. (...) Jeg føler at hvis ikke det skjer snart, så er jeg ikke villig til mer. Det er veldig enkelt å si av IA-konsulenten at det er mange som er plassert rundt på mange forskjellige arbeidsplasser og prøver seg, og det går bra. Og det kan godt være at det går bra for noen, men jeg kjenner at jeg vil ikke det. Du skal jo forholde deg til nye mennesker hele tiden: Hvorfor? Hva? Det gjør noe med meg. Det er ikke sikkert det gjør noe med andre, men det gjør noe med meg.*

Motivasjonen til å komme tilbake i arbeid svekkes altså gradvis hos vedkommende. Det kan knyttes til relasjonen til leder og vedkommendes håndtering av saken. I tillegg til tidsfaktoren og manglende informasjon, kommer den psykiske belastningen ved å forholde seg til nye mennesker på et annet arbeidssted når hun mener hun kunne gjort de samme arbeidsoppgavene på den opprinnelige arbeidsplassen. Alle disse faktorene kan sies å svekke motivasjonen til å komme tilbake i arbeid.

En annen har prøvd så godt hun kunne å bli værende i jobb, men ble etter mange år uføretrygdet. Problemene startet med en arbeidsrelatert skade, men hun mener alt

ble lagt til rette i etterkant fra arbeidsgivers side, for at hun skulle klare å fortsette i arbeid:

*Jeg jobbet jo der jeg hadde vært, men i redusert stilling for å se om det gikk. Når ikke det gikk så fikk jeg være på et annet sted med andre oppgaver. Det var ikke pleie og stell. Men det gikk ikke det heller. Det måtte jeg bare innse det og det var veldig vanskelig å godta selv – at jeg ikke klarte å jobbe mer. Kanskje særlig for at i den aldersgruppen som jeg er i så er vi veldig ærekjær, og vant til å jobbe. Jeg tror at vi kanskje tenker annerledes enn de som er helt unge. Og det har noe med oppveksten og tiden å gjøre. Så jeg synes det var veldig vanskelig å godta selv at jeg ikke klarte mer. (...) (ufør)*

En tredje har en kronisk lidelse som har bidratt til at vedkommende har omskolert seg og tatt en ny utdanning for å kunne stå i annen type jobb enn den han i utgangspunktet var utdannet for. Vedkommende har blitt omplassert flere ganger, men hans lidelse har forverret seg, og en større operasjon er det eneste som kan bidra til at han kan komme tilbake i arbeid. På spørsmålet om han ønsker å komme inn i arbeidslivet igjen svarer han følgende:

*Ja, det håper jeg jo etter hvert. Det er jo en periode hvor man må ta det med ro. Og så er det noen tester som må tas når noen måneder har gått. Etter to år igjen så er det jevnlig kontroll osv. Det er et langt løp. Hvor lang tid er litt individuelt. Hvor lang tid det tar før jeg kan gå tilbake 100 % i jobb, det vet jeg ikke. (...) Man har jo vært i 100 % stilling og vet hvordan det er. Man har jo hatt den følelsen det er å ha vært til nytte. (...)*

En av mine informanter har vist stort egeninitiativ og har blitt møtt med stor velvilje i systemet, både hos NAV og hos arbeidsgiver. Vedkommende har bl.a. fått gå lenger på rehabilitering enn det som er regelen:

*(...) Egentlig er jo det (rehabilitering, sic.) også midlertidig, men jeg har vist at jeg har vært aktiv selv hele veien. Jeg har villet være på jobb, jeg har en jobb jeg trives i og jeg vil være på jobb. Mitt største ønske er å komme tilbake i 100 %. Jeg har ikke noe ønske om å bli midlertidig ufør eller noe sånt. Så jeg har stått på hele veien og gjort det jeg kunne ha gjort for å bli bedre. (...)*

Vedkommende mener hennes største problem har vært relasjonen til legen. Manglende interesse for hennes situasjon, liten oppfølging og informasjon mener hun har bidratt til å forlenge hennes sykdomsperiode unødvendig. Hun har i stor

grad selv måttet ta initiativ i forhold til behandlingsløp og til innhold i behandlingen. Dette har hun opplevd som tungt og frustrerende. Vedkommende har forsøkt å skifte lege, men har foreløpig ikke lyktes med dette og det skyldes at andre leger ikke har hatt ledig kapasitet på sine lister.

Basert på disse utsagnene kan man se at motivasjon ikke bare handler om indre forhold og egenskaper ved individet, men at motivasjon også må ses som noe som utvikles og formes i relasjon med omgivelsene. Utsagnene tyder også på at informantenes verdier og holdninger knyttet til arbeid samsvarer med de verdiene som implisitt ligger i arbeidslinja og i IA-avtalen. Deltakelse i arbeidslivet – delvis eller helt - gir mening og muligheter for den enkelte iom at arbeid åpner opp for selvrealisering og inkludering.

## 6. STRUKTURELLE FORHOLD

I de foregående kapitlene har jeg fokusert på arbeidsorganisasjonen og på de individuelle/menneskelige ressursene for å belyse og forklare årsaker til fravær. Men de strukturelle forholdene er også viktige for å forstå og for å danne seg et helhetsbilde av problemområdet. Aktuelle strukturelle forhold i denne sammenhengen er arbeidsmarkedet, lover og regler, økonomiske ordninger og velferdstjenestenes organisering. Disse vil enkeltvis og samlet kunne spille en rolle for sykefraværstallene. New Public Management som også utgjør en viktig faktor i denne sammenheng, er omtalt i kapittel 1 og 2.

### 6.1 ARBEIDSMARKEDET

Skal man gripe feltet sykefravær, må man søke utover et fokus kun på arbeidsplassen. Mange undersøkelser viser da også at sykefravær bl.a. henger sammen med kjønn, demografiske forhold, sosio-økonomisk status (bl.a. utdanning og yrke), geografisk beliggenhet, næring og sektor. Sykefravær må også ses i sammenheng med sysselsettingsgraden i samfunnet. Med økt sysselsettingsgrad, hvor for eksempel personer med dårlig helse eller med funksjonsnedsettelse er inkludert i arbeidslivet vil naturlig nok også det totale sykefraværet øke (sammensetningshypotesen). I tillegg til dette øker gjennomsnittsalderen til den yrkesaktive befolkningen, og man kan anta at de som har vært i fysisk belastende og krevende jobber hele sitt yrkesliv på sine eldre dager begynner å få slitasjeskader og belastningsskader. Mange av de kvinnene som jobber for eksempel i hjemmetjenesten i dag, og som befinner seg i alderskategorien 50-60+, er første generasjon som har vært i dette yrket hele sin arbeidskarriere. Man kan derfor anta at det er effektene av dette man nå ser i fraværstallene.

Det er også viktig å påpeke at sykefraværstallene rommer mye mer enn enkeltindivider og deres spesifikke sykdomsdiagnose. Sykefraværstallene rommer utvilsomt mye som ikke er direkte sykdomsrelatert, men fordi den eneste legitime fraværsgrunnen man har fra arbeidet er fravær knyttet til sykdom blir alt fravær (med noen unntak) registrert som sykefravær. Fravær kan for eksempel være knyttet til forhold i den private livssfære og som strengt tatt ikke er knyttet til egen sykdom. Noen er pårørende til pleietrengende barn, partner eller foreldre, noen lever i voldelige forhold, noen skiller seg – alt dette kan påvirke den enkelte arbeidstakers fravær fra arbeidet.

## 6.2 VELFERDSTJENESTENES ORGANISERING

Innføringen av en ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV) er en helhetlig strategi for et mer inkluderende samfunn og arbeidsliv med plass til alle. Målene for den organisatoriske reformen er (St.prp. nr 46 (2002-2003: 9-10):

- Flere i arbeid og aktivitet, færre på stønad
- Enklere for brukere og tilpasset brukernes behov
- En helhetlig og effektiv arbeids- og velferdsforvaltning

Velferdstjenestene i Norge har på mange måter vært sterkt atskilt fra hverandre. De har hatt forskjellige lovverk å forholde seg til og de har hatt ulike tilnærminger til problemene - hver etat har tatt for seg *en* del av individets problem med det resultat at individer med komplekse problemer har endt som kasteball mellom de ulike etatene. Det som i stor grad har preget etatene er en ganske paternalistisk holdning til individene hvor det er etatene som har visst hva som er bra for det enkelte individ. Denne problematikken har etter hvert blitt mer og mer tydelig, og erkjennelsen av dette har bl.a. resultert i en ny Arbeids- og velferdstjeneste (NAV) hvor samordningen av tjenestene er ment å få slutt på kasteballsproblematikken, og hvor brukermedvirkning skal bli en viktig del av tjenesten.

Det er ved langtidsfravær, rehabilitering, attføring og uføretrygding at NAV blir koblet inn som en aktør i sykemeldingsprosessen. Etaten kan etter seks uker etterspørre en oppfølgingsplan hos arbeidsgiver og kan ilegge arbeidsgiver bøter hvis dette ikke overholdes. Etter åtte uker skal etaten avgjøre om det er grunnlag for rett til sykepenger. Senest etter et halvt år skal NAV innkalle til et dialogmøte hvor fokuset er oppfølgingsplanen for den sykemeldte, og muligheter for løsninger på arbeidsplassen. Det blir også foretatt en vurdering om det er behov for rehabilitering eller yrkesrettet attføring. Når perioden for sykepenger er over (ett år) skal det igjen vurderes rehabilitering og attføring.

NAV Bodø er per i dag ikke samlet og integrert i et slikt NAV-kontor. Sammenslåingen vil først skje i løpet av 2009. Det innebærer at NAV-Arbeid og NAV-Trygd fremdeles ikke er samlokaliserte og deres måte å arbeide på er rent formelt heller ikke endret slik intensjonen med reformen er. Jeg vil heller ikke fokusere på denne reformen som sådan, men jeg vil fokusere på den rollen NAV per i dag spiller i sykefraværarbeidet knyttet til oppfølgingsplaner, dialogmøter og samarbeidet med arbeidsgiver, arbeidstaker og leger.

Som IA-virksomhet har Bodø kommune tilgang på noen tjenester og tilskudd fra NAV som andre virksomheter ikke har. Ett eksempel er tilretteleggingstilskudd.



Det er en ytelse som skal bidra til at arbeidsgiver legger til rette for at den ansatte skal kunne fortsette i arbeid på tross av helseproblemer. Tilskuddet kan gis der det er fare for at den ansatte kan bli sykemeldt, arbeidstakere som mottar sykepenger eller rehabiliteringspenger og som trenger tilrettelegging. Tilskuddet kan både gis til enkeltarbeidstakere og til en gruppe av arbeidstakere. Tilskuddet kan brukes til å dekke vikarutgifter/ekstrahjelp, men tilskuddet gis ikke hvis den sykemeldte går på aktiv sykemelding, videre kan det brukes til utprøving, opplæring, arbeidstrening, reiseutgifter, kjøp av gjenstander/arbeidshjelpemidler dersom de ikke dekkes etter folketryktdloven § 10-5. Ved undertegning av samarbeidsavtalen med Trygdeetatens arbeidslivssenter får IA-virksomheter en egen kontaktperson som kan bistå med informasjon og formidling av kompetanse og personell fra senteret. De kan også gi råd om hvordan legge til rette for en mer inkluderende organisasjon, gi informasjon om livsfasepolitikk og gi hjelp i vanskelige enkeltsaker, for å nevne noe (Trygdeetatens arbeidslivssenter: Tjenester til IA-virksomheter).

Hvordan helsevesen og den medisinske praksis er organisert, vil også kunne påvirke sykefraværets forløp og lengde i et samfunn. Den tradisjonelle måten å behandle en pasient på er å jobbe *sekvensielt* fremfor simultant, det vil si at tiltak og behandlinger skjer etter hverandre og ikke samtidig. Hvis det er diffuse plager, hvilket muskel- og skjelettlidelser ofte er, så kan behandlingsløpet bli langt for den enkelte pasient på grunn av mange og ulike utredninger. Mangel på behandlingspersonell som bl.a. psykologer, skaper lange behandlingsskøer for enkelte pasientgrupper. I tillegg til dette har man sykehuskøer. Jeg skal ikke gå nærmere inn på dette, men jeg finner det viktig å nevne fordi de utgjør viktige rammebetingelser knyttet til feltet langtidssykefravær.

### **6.3 FASTLEGEORDNINGEN**

Den 11. juni 1997 vedtok Stortinget en fastlegeordning i Norge. Mange innbyggere hadde i praksis fastlege lenge før dette, men vedtaket førte til en formalisering av dette forholdet. Formålet med reformen var å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten slik at alle som ønsker det skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Målet er bedre tilgjengelighet og kontinuitet i lege-pasientforholdet hvilket anses som spesielt viktig for personer med kroniske sykdommer og psykiske lidelser, samt for funksjonshemmede og pasienter under rehabilitering. Fastlegen skal ifølge fastlegeordningen ha ansvaret for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. Legene skal normalt ikke ha flere enn 2500 pasienter på listene sine og ikke færre enn 500 (Ot.prp. nr. 99 (1998-1999)). Ved innføring av fastlegeordningen kunne

fastleger kreve at listen over pasienter skulle fordeles etter følgende kriterier: ”70 % av avtalt listetak etableres med personer som har valgt å stå på liste hos fastlegen, og resten av listen, inntil det antall som har valgt legen, av et uvalgt blant dem som ikke har oppgitt eller ikke fått oppfylt legeønske” (F14.04.2000 nr 328 Forskrift om fastlegeordning i kommunene, kapittel 7 §20). Det påpekes videre at: ”Det skal tilstrebtes at utvalget gir listen en profil tilsvarende en gjennomsnittspopulasjon”. Populasjonen på fastlegenes lister kan man derfor anta har betydning for fastlegenes arbeidsbelastning og den muligheten de har til å sette seg inn i deres pasienter og den enkeltes arbeidssituasjon, som er fokuset i denne undersøkelsen. Eldre leger vil sannsynligvis ha eldre og dermed sykere pasienter enn yngre leger som er i ferd med å bygge seg opp pasientlister.

#### **6.4 SYKEMELDING – LEGENS ROLLE**

Fastlegen spiller en viktig rolle som premissleverandør for Arbeids- og velferdsetatens vedtak om tildeling av trygdeytelser for hele forløpet fra sykemelding til vedtak om uføreytelse. Fastlegen stiller pasientens medisinske diagnose, skal foreskrive og følge opp medisinsk behandling, skal foreta funksjonsvurdering, ha et oppfølgingsansvar av pasienten, skal skrive en utvidet legeerklæring ved sykemelding ut over 8 uker hvis den sykemeldte ikke er i arbeidsrelatert aktivitet og skal ved behov delta i dialogmøter. I tillegg til at legen er medisinsk ansvarlig skal hun også, der det er medisinsk forsvarlig, motivere pasienten til å stå i arbeid.

Ved uførepensjon spiller også legen en viktig rolle i og med at hun/han skal gi faglig råd om sammenheng mellom sykdom og arbeidsevne, i forhold til i hvor stor grad arbeidsevnen er nedsatt, og om den er varig svekket eller ikke. I tillegg til dette har fastlegen et ansvar for planlegging og koordinering av individrettet forebyggende arbeid og medisinsk behandling av pasienter på sine pasientlister.

I mai 2002 ble sykemeldingsskjemaet endret og heter nå Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter. Valget av sykemeldingsform har fått større og større oppmerksomhet. Målet er i størst mulig grad å komme vekk fra passive sykemeldinger, hvor pasienten ikke utfører noe slags arbeid og mot mer aktivitet. Valget legene da har er *aktiv sykemelding* eller *gradert sykemelding*. Legene skal vurdere gradert sykemelding før aktiv sykemelding. Aktiv sykemelding er begrenset til 4 alternativt 8 uker med mulighet til forlengelse etter vedtak fra NAV. Hensikten med aktiv sykemelding er at den sykemeldte skal kunne avklare egen arbeidsevne og at de skal ha kontakt med arbeidsplassen. Ved aktiv sykemelding skal det utarbeides en plan som skal beskrive innholdet og hensikten med tiltaket,

hvor lang tid aktiv sykemelding skal brukes og hvem som er ansvarlig for oppfølgingen av den sykemeldte i bedriften. Med aktiv sykemelding skal du jobbe på "topp", det vil si utføre andre arbeidsoppgaver enn du normalt gjør. Gradert sykemelding er ment å benyttes når den sykemeldte kan utføre deler av sine normale arbeidsoppgaver. Dette kan gjøres ved at den sykemeldte jobber mindre enn normalt, eller at den sykemeldte kan bruke lenger tid på å utføre arbeidsoppgavene. For at legen ikke skal benytte denne formen for sykemelding, skal det være tungtveiende medisinske grunner til at den sykemeldte ikke kan jobbe. Denne ordningen krever at legen involverer seg mer i pasientens arbeidsforhold og forutsetter at legen vet nok om arbeidsplassen og pasientens arbeidsoppgaver til å kunne foreta en fornuftig funksjonsvurdering.

## **6.5 LOVVERKET**

### **6.5.1 Arbeidsmiljøloven**

Norge har et relativt omfattende lovverk som skal beskytte arbeidstakere og som skal regulere forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.m. (Arbeidsmiljøloven) vektlegger både arbeidstakers, arbeidsgivers og samfunnets interesser, og har et fokus på inkludering. Loven redegjør bl.a. for arbeidsgivers og arbeidstakers plikter, arbeidsmiljø, arbeidsmiljøsam arbeid, arbeidstid og vern mot diskriminering. Arbeidsmiljøloven trådte i kraft i 1977, men 1. juli 2005 ble det vedtatt en del endringer i loven med virkning fra 1. januar 2006. Endringene innebar bl.a. at det ble økt vektlegging av det psykososiale arbeidsmiljøet, det ble økt vern mot vold og trakassering og beskyttelse av varslere, IA og Internkontrolllovgivningen ble innbakt i loven og arbeidsgiver plikter å vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet blant sine arbeidstakere.

Kapittel 4 i loven regulerer krav til både det psykososiale- og det fysiske arbeidsmiljøet (vedlegg 1). Det er spesielt forhold som berører paragrafer innenfor dette kapitlet som har blitt belyst i denne undersøkelsen. Det er i tillegg til dette flere lover informantene mine omfattes av - Folketrygdloven bl.a. i forhold til bestemmelser om sykepenger og helsepersonelloven (erstatter bl.a. den tidligere regeloven). Jeg vil imidlertid ikke fokusere på disse lovene i denne undersøkelsen.

### **6.5.2 Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv**

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått mellom partene i arbeidslivet og Regjeringen Stoltenberg i oktober 2001, og erklært videreført i

desember 2003-2005. Avtalen som sådan beskriver både myndighetenes og avtalepartenes forpliktelser i arbeidet med sysselsettings-, arbeidsmiljø- og inkluderingspolitikken. Mer konkret er de tre delmålene i avtalen å redusere sykefraværet med 20 % i perioden, øke den gjennomsnittlige avgangsalderen og øke tilsettingen av personer med redusert funksjonsevne. Målet om 20 % nedgang i sykefraværet i perioden ble ikke oppnådd og den gjennomsnittlige pensjonsalderen har gått ned i perioden. Til tross for at måloppnåelsen ikke ble nådd i avtaleperioden ønsket partene en videreføring av avtalen med fokus på de samme delmålene. Før avtalen utløp vedtok derfor partene en videreføring av avtalen som ble signert i desember 2005 med virkeperiode fra 2006-2009. IA-virksomheter forplikter seg til en tettere oppfølging av sykemeldte, og det er en klar rollefordeling mellom de involverte partene.

Både Arbeidsmiljøloven og IA-avtalen har et fokus på inkludering og samhandling i det de har fastsatt regler knyttet til møtearenaer (dialogmøter), tidsfrister knyttet til virksomhetenes oppfølging av sykemeldte, forebygging og tilrettelegging. Reglene er i stor grad basert på dialog og samhandling mellom de involverte partene i en sykemeldingsprosess. Lovverket pålegger altså at alle parter involverer seg i sykefraværarbeidet. Spørsmålet blir da om de grepene som er tatt bidrar til at sykefraværet går ned til tross for at alle parter deltar. Er tettere oppfølging og dialogmøter nok for å få ned fraværet? I neste kapittel vil jeg se nærmere på hvordan fastleger, saksbehandlere i NAV og arbeidsgiver vurderer og oppfatter dialogmøtene og deres hensiktsmessighet. Samtidig vil jeg se noe på hvordan de ulike partene oppfatter samarbeidet med hverandre.

## **7. SAMHANDLINGEN MELLOM ARBEIDSGIVER, LEGE OG NAV**

### **7.1.1 Dialogmøter**

Lovendringen av 1. mars 2007 om "Tettere oppfølging av sykemeldte" legger opp til større samhandling mellom arbeidstaker, arbeidsgiver, fastlege og NAV. I tillegg til frister for oppfølging av den sykemeldte og krav om utarbeiding av individuelle oppfølgingsplaner, som den sykemeldte skal delta i utformingen av, er det også satt krav til partene til å delta i dialogmøter. Dialogmøter er altså en samhandlingsarena hvor målet er at de ulike partene skal komme sammen og diskutere seg fram til arbeidstakerens funksjons- og arbeidsevne. Legen har plikt til å møte opp på slike møter ved sykemelding inntil 12 uker og inntil 6 måneder hvis noen av partene ønsker det. NAV møter i utgangspunktet ved fravær inntil 6 måneder. Møtene har gjerne karakter av rituelle handlinger hvor arbeidsgiver ønsker velkommen til møtet og hvor så arbeidstaker overtar og forteller om sine problemer og muligheter knyttet til arbeidet. Arbeidstakers åpenhet i denne fremstillingen setter dermed rammen for møtet. Legen forteller så om sin funksjonsvurdering av pasienten og holder seg innenfor den åpenhetsrammen arbeidstakeren har satt. Det innebærer at hvis arbeidstaker ikke har sagt noe om diagnose, sier heller ikke legen noe om dette. Dernest forteller arbeidsgiver om arbeidsoppgaver og muligheter for tilrettelegging. NAV kan også komme med innspill i denne diskusjonen. Det kan se ut til at jo større åpenhet det er i disse møtene, jo lettere er det å finne relevante og gode løsninger. Nyttene av disse møtene er knyttet til åpenheten i dialogen mellom partene. Gode og åpne dialoger åpner for gode løsninger, mens mindre gode dialoger kan ende med at enhver tilrettelegging kan bli fånyttet fordi man ikke angriper det egentlige problemet. Dette er kanskje spesielt aktuelt i de tilfellene fraværet er knyttet til psykiske lidelser.

Samlet sett gir informantene inntrykk av at dialogmøtet fungerer bra, men hensiktsmessigheten ved dem vurderes noe ulikt ut ifra de forskjellige deltakende parters ståsted. I utgangspunktet, og mer generelt, kan det se ut til at arbeidstakerne er noe skeptiske til denne type møter. Dette er dels knyttet opp mot antallet som skal være til stede på møtet, og dels knyttet til en generell engstelse for hva som skal skje. En god, likeverdig og åpen dialog ser ut til å være et godt utgangspunkt. Det kan tyde på at manglende informasjon om hva det hele skal dreie seg om skaper unødig engstelse, for de som oppgir å ha deltatt i slike dialogmøter gir i etterkant av møtene inntrykk av at det har vært nyttig og klargjørende. Flere påpeker dog at disse møtene burde kommet tidligere i fraværsløpet.

NAV har plikt til å innkalle og delta på dialogmøtet ved sykefravær inntil 6 måneders varighet. Møtene oppleves som nyttige i forhold til avklaringer rundt brukeren. Men på spørsmål om de kan se at sykefraværet går ned som følge av denne type avklaringsmøter, svarer de at de ikke kan se det på sykefraværstatistikken. De påpeker for øvrig hvor viktig tidsfaktoren er i forhold til oppfølging og mulighetene for å få brukeren ut i arbeid igjen. Flere mener selv de nye reglene for tettere oppfølging av sykemeldte har for langt tidsspenn, men samtidig påpeker de at de selv ikke ville ha noen muligheter for å følge brukerne opp på et tidligere tidspunkt enn det de gjør i dag. Dette skyldes hovedsakelig manglende ressurser og stor saksmengde. Det vises også til at i de tilfellene der det er stor åpenhet i møtene i forhold til hva slags plager og begrensninger arbeidstakeren har, så lettes arbeidet med å finne relevante tiltak.

Arbeidsgiver ser ut til å være de som setter aller størst pris på disse møtene. Noe av grunnen til dette er at de finner det nyttig at legen er til stede og kan gi dem en funksjonsvurdering av arbeidstakeren. Legens tilstedeværelse ser ut til å klargjøre situasjonen, og det ser også ut til å bidra til å lette arbeidet for virksomhetsleder med tanke på tilretteleggingstiltak – hva kan ha effekt og hva har ikke effekt? Legens tilstedeværelse ser også ut til å kunne ha en legitimerende effekt i forhold til arbeidsgivers oppfattelse av det arbeidstaker har fortalt. Når virksomhetsleder får høre om funksjonsvurderingen direkte fra legen, bidrar det til at en eventuell skepsis til det pasienten har fortalt, forsvinner. Eller motsatt - at ens egne mistanker om at det ikke er helt samsvar mellom det arbeidstakeren har fortalt og det legen sier, blir bekreftet.

Fastlegene er de som er mest skeptiske til disse møtene, og denne skepsisen er i stor grad forankret i organisatoriske forhold. Denne formen for møtepraksis viser seg å passe dårlig inn i legenes travle arbeidshverdag. Siden det er legene som viser størst skepsis mot denne ordningen velger jeg å fokusere spesielt på dem.

### **7.1.2 Legerollen og organisatoriske forhold**

Fastlegeordningen har blant annet som mål at legen skal få større kunnskap om pasientene på sin liste. I hvor stor grad legen faktisk har muligheten for å tilegne seg denne kunnskapen, ser ut til å avhenge av ulike organisatoriske forhold. Det vil avhenge av antall pasienter på listene, pasientsammensetning og pasientens sykkelighet. Legene er dessuten avhengig av at det er et tillitsforhold mellom lege og den enkelte pasient. Flere leger nevner spesifikt at de antakelig hver eneste dag opplever pasienter som lyver for dem, eller som fortier deler av sannheten. Det kompliserer blant annet diagnostiseringen og mulighetene for å fastslå både

funksjons- og arbeidsevne. Legene er enige om at fastlegeordningen er en god tanke, selv om det i praksis alltid har vært sånn, men formaliseringen av dette forholdet har bidratt til merarbeid for dem:

*Det har blitt en veldig klar adresse, for å sende problemstillinger uten at noen helt har klart å sette grensene for hva som skal være fastlegenes ansvar. Så hvis du setter det på spissen, så har det også blitt en søppelbøtte. Alle som skyver på noe, kan alltid sende det dit. Og fastlegen har ingen andre steder å sende det. Så det er helt klart den negative siden ved det. Det er ingen som har rammen for hva som skal være vårt ansvar.(...)*

*Det er jo ting som flere og flere har oppdaget med fastlegeordningen fordi nå har alle samarbeidspartnere fått en fast adresse å forholde seg til. Og da blir det sånn: Ja, det skal fastlegen gjøre. Det skal fastlegen gjøre. Send det til fastlegen! Sånn at vi får flere og flere oppgaver lesset ned på oss og vi kan ikke skyve det ifra oss heller, for det er ingen andre å skyve det til. Fastlegen vet alle hvem er, og den har en koordinerende funksjon, og dermed er det opplest og vedtatt at det er vi som skal ordne opp.*

Endringene i sykepengereglene og endringene av det tidligere sykemeldings-skjemaet, som nå har fått navnet *Medisinsk vurdering av arbeidsmuligheter*, er et insentiv til å få legene til å i større grad tenke på pasientenes arbeidsevne når de vurderer sykemelding. De intervjuede legene synes dette er en utfordring og de begrunner dette med at de ikke har mulighet til å kjenne godt nok til pasientenes arbeidsforhold og at de heller ikke har noen muligheter for å sette seg godt nok inn i den enkelte pasients arbeidshverdag. Det påpekes også at store variasjoner innenfor ulike sektorer bidrar til at dette blir vanskelig, men samtidig påpekes at samme stilling/jobb kan ha helt ulike arbeidsbetingelser avhengig av kulturen på den enkelte arbeidsplass, arbeidsplassens fysiske utforming, ledelse og arbeidsmiljø. Samlet gjør dette at du nærmest må være lokalkjent på den enkelte arbeidsplass, for å kunne gjøre en grundig og relevant arbeidsvurdering. Det vises også til at det er praktiske hindringer som bidrar til at de gode intensjonene blir borte i en travel arbeidshverdag:

*Når jeg prøver, så møter jeg ofte så mange praktiske hindringer at du får det liksom ikke til. Det er jo et spørsmål på dette skjemaet om funksjonsevne som heter noe sånt som om pasienten er helt ute av stand til å gjøre arbeidsrelatert aktivitet på grunn av sykdom. Det har jeg etter hvert skjønnet at det spørsmålet er ganske vanskelig å svare på, for da skal*

*du kjenne arbeidsplassen ganske godt, for det første, og du skal ha ekstra tid for å bruke fantasi og kreativitet. Og det er det ikke så stor plass til i en travel hverdag. Kategorisk sett så kan du strengt tatt si at det er bare dem som er innlagt på sykehus, eller som ligger der med brukket rygg som ikke kan gjøre en eller annen form for arbeidsrelatert aktivitet - hvis du skal være veldig firkantet.*

*(...) og noen ganger så aner legen faktisk ikke hva den arbeidsplassen har for muligheter heller. Og så beror det på noe så enkelt som at når du sitter og fyller ut den der (funksjonsvurderingsskjema, sic) så er det noen som har ventet allerede en halv time, eller kanskje en time fordi det kom noe annet innimellom også, øyeblikkelig hjelp for eksempel. Og da er den eneste tanken å få den blanketten fortrest mulig ut av maskinen og krysse av på, adjø og hver så god neste! Jeg sier det bare så brutalt for noen ganger så er virkeligheten sånn. Jeg tror det at å få organisert allmennmedisinen på en annen måte som gjorde at man kunne bruke mer tid på hver pasient. Jeg ser hver eneste gang, nesten, at jeg ser grep jeg kunne ha gjort, men som er en utopi der og da. på grunn av helt hverdagslige ting. Eller at dataprogrammet fra den som har levert dette elektroniske pasientjournalssystemet egentlig er et umodent program som de driver og tester ut ved at vi skal streve med alle feilene. Der har det stoppet opp slik at vi har blitt forsinket av den grunn. Det kan være helt banale hverdagslige ting som gjør at alle de fine utopiene, bare blir utopier, de tankene man hadde. Så det å gå inn med krom hals og vil gjøre en kjempegod jobb i forhold til dette – selv om man har de aller beste intensjoner – så vil det ofte krasje av helt trivielle grunner. (...)*

Disse utsagnene kan tyde på at legene i liten grad har noen mulighet for å sette seg inn i sine pasienters arbeidssituasjon og at det er funksjonsevnen legen kan si noe kvalifisert om mens det er arbeidstaker og arbeidsgiver som sammen, på grunnlag av denne funksjonsvurderingen, bør sette seg ned å diskutere og prøve seg frem til det som kan karakteriseres som arbeidstakerens arbeidsevne. Dialogmøter er nettopp en arena som åpner for denne type diskusjoner.

I utgangspunktet må ikke fastlegen møte på disse dialogmøtene, men hvis legen får en forespørsel om deltakelse, har legen plikt til å delta. Samtlige av de intervjuede fastlegene forteller om utfordringer knyttet til denne type møter. Siden disse dialogmøtene fortrinnsvis skal holdes på arbeidstakers arbeidsplass innebærer det at legen må forlate arbeidsplassen sin i arbeidstiden. Det er knyttet flere problemer til dette. For det første har legene ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid for



pasientene på sine lister. Dette ansvaret er ikke enkelt å flytte over til en kollega. For det andre har legene en så travel hverdag at det rent organisatorisk er vanskelig å få berammet tid til slike møter innen "rimelig" tid på grunn av fullbookede timebøker:

*Per i dag så vet ikke jeg hvordan jeg skal få til å organisere et dialogmøte, hvis arbeidsgiver ringer en dag og sier at nå må vi ha et dialogmøte i neste uke. Det vet ikke jeg hvordan jeg skal få til, for jeg har så pass full timebok så langt frem i tid at jeg har per i dag ikke de ledige timene. Og det tar jo litt ekstra tid og skulle organisere et møte. Og det er jo sagt i disse reglene at møtene skal fortrinnsvis være hos arbeidsgiver. Og da må vi forlate arbeidsplassen vår og bruke tid på det og så tilbake igjen på jobb.(...)Det kan jo være folk som har mange mil til arbeidsplassen til pasienten. Da blir det ikke enkelt. (...)*

Organisatoriske forhold knyttet til legenes arbeidshverdag som knapphet på tid, akuttansvar for pasienter og pasientsammensetning og -mengde er forhold som bidrar til manglende muligheter for å mene noe kvalifisert om arbeidstakers arbeidsevne, og som gjør det vanskelig å beramme tid til slike møter. Slike møter framstår på mange måter som uhensiktsmessige for legene. Dette bidrar nok også til å farge legenes syn på nytten ved slike dialogmøter – selv om det varierer legene i mellom:

*(...) Hvor mange tullete møter skal vi måtte gå på som vi i utgangspunktet verken har noe å gjøre på, eller hvor vi ikke har noe å bidra med? Men hvem som helst kan si at: Nei, men fastlegen må være med. Det skulle bare mangle at fastlegen skal være med! Men det er ingen som har tenkt en saklig tanke i andre enden: Når kan fastlegen si nei? Når skal de være med og når skal de ikke være med? Nå ifm sykemeldinger så skal man plutselig møte opp på arbeidsplassen. Har det noen hensikt da? I de fleste tilfellene så har det ingen hensikt. Både den ansatte og arbeidsgiver vet mer om den arbeidsplassen og hva de kan gjøre enn hva jeg kan bidra med. På den tiden kunne jeg hatt ti andre pasienter. (...) Er det fornuftig legebud?*

*Ja, det (dialogmøter, sic.) er nyttig. Problemet er selvfølgelig at for den som har veldig mange pasienter på lista si og på dagtid så har vi også et øyeblikkelighjelp-ansvar, (...) så er det ingen andre her som kan ta det. Det er jeg som er ansvarlig for å ta det. (...) egne pasienter skal man ta vare på. Pluss alle de andre vanlige avtalene du har. Det må planlegges litt, altså. Man kan ikke bare si at: ok, denne uken kan jeg ta tre dialogmøter sånn på strak arm. (...) Jeg har prøvd å innrette meg sånn at jeg skal ha*

*noenlunde tid til å følge opp den enkelte. (...) Pasientsammensetningen er så avgjørende for dette.*

Det er altså flere forhold som taler for at denne type møter ikke er hensiktsmessige sett fra legens ståsted. Det vises også til at mye av dette kan tas på telefon og at det i bunn og grunn er pasienten og arbeidsgiver som sammen må finne ut hva som kan gjøres av tilrettelegging på den enkelte arbeidsplass, for på denne måten teste ut hva som er arbeidstakernes arbeidsevne. En lege nevner også muligheten for at arbeidstaker kunne hatt med seg et "arbeidsoppgave kort" som beskrev vedkommendes arbeidsoppgaver, slik at legen på en enkel måte kunne fått en ide om vedkommendes arbeidsbelastning. Da kunne man også muligens unngått det virksomhetslederne ofte opplever som et problem i forhold til legene – nemlig at legene ikke vet nok om de ulike yrkene innenfor flere av kommunens sektorer (pkt 5.3.1). Men samtidig vil et slikt kort neppe være nok i seg selv.

Om virksomhetslederne tidvis er noe misfornøyd med legens arbeidsevnevurdering, viser legene til at det ikke alltid er slik at virksomhetslederne selv er like fantasifulle i sin måte å løse saker knyttet til arbeidstakere som ikke lenger, eller for en periode ikke fungerer som ønskelig i arbeidet sitt. Dette gjelder spesielt i de tilfeller arbeidstaker ikke kan jobbe nattevakter, eller for en periode ikke kan gjøre sine vanlige arbeidsoppgaver. Flere leger viser til at de har hatt pasienter som er friskmeldt til arbeid, men ikke til nattarbeid og som dermed møter store problemer hos arbeidsgiver. Mange blir rett og slett sykemeldt fordi arbeidsgiver anser å ikke ha bruk for disse arbeidstakerne på dagtid. Dette erkjenner også en virksomhetsleder:

*Legen kjenner tjenesten så godt her at han vet at skal de gå på jobb, så må de gjøre det som er her. Så han kommer i en like vanskelig situasjon på det som jeg gjør. Han vet at han ikke kan skrive på en sykemelding at denne personen bare skal gjøre det eller det, for da har ikke jeg bruk for det menneske på jobb. Det høres brutalt ut, men sånn er det.*

Flere av legene viser også til at problemstillinger knyttet til psykiatri kan være utfordrende. For det første kan det være slik at det er ikke-erkjent psykiatri både hos lege og hos pasient, men det kan også være slik at pasienten ikke ønsker at arbeidsgiver skal vite om hva problemene skyldes og det blir av den grunn lagt til rette for arbeidstaker på feil grunnlag. Hvis den vonde skulderen ikke skyldes tunge løft, men at det egentlige problemet er psykisk betinget er det lite virkningsfullt for arbeidsgiver å legge til rette med mindre løfting eller flere hjelpemidler. Større tillit mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kunne kanskje bidratt til å unngå denne fånyttets tilretteleggingen. Det blir også påpekt at mange

arbeidsgivere frykter psykiske lidelser og at viljen til tilrettelegging kanskje blir mindre uttalt. Men det som kanskje er mer overraskende er legenes påpeking av at mange arbeidsgivere ikke ser ut til å ha rutiner for gravide arbeidstakere. Det synes særlig oppsiktsvekkende fordi nettopp helse- og sosialsektoren er typiske kvinnearbeidsplasser:

*Der er arbeidsgiverne – mange har jeg inntrykk av at de er livredd alt som minner om sånt. Depresjoner og rus og sånt. Og graviditet er de også livredde for. At damer kommer i 20. uke og sier at jeg kan arbeide med alt mulig rart, men jeg kan ikke ta nattevakter lenger. Da bryter systemet sammen.*

*(...) Jeg prøvde nettopp å sykemelde en person fra nattevakter, og hun kunne til gjengjeld jobbe mer på dagtid, og var egentlig friskmeldt – jeg prøvde å friskmelde vedkommende under forutsetning av at hun var fritatt fra nattevakt, men det ble fort vanskelig, for da var det ikke vakter på dagtid, kveld og helg å ta av, så hun kom fort opp i en sånn ”skyld- og gjeld” på vakter som hun ikke fikk. De hadde ikke noe arbeid å sette henne til på dagtid som kompenserte for de nattevaktene hun var sykemeldt for. (...) Det var ett praktisk eksempel på at det rent praktisk kan bli vanskelig. Det kan også gjelde gravide som går turnus og har nattevakter. (...)*

*(...)arbeidsplassen må vite at folk med kroniske lidelser har et noe varierende forløp og de må også vite at graviditet oppstår hos kvinnelige arbeidstakere. Mange arbeidsplasser har ikke tenkt på muligheten av at noen blir gravide. Det er ikke tenkt på muligheten av at noen blir kronisk syke. (...)*

Det ser altså ut til at kommunen mangler en overordnet og gjennomarbeidet strategi for å møte problemstillinger knyttet til svangerskap. Sykemelding som løsning på problemet med manglende tilpasning og tilrettelegging av arbeidet til gravide ansatte er ikke bare en utfordring Bodø kommune sliter med. Dette er en løsning som generelt benyttes i stadig økende grad (Ellingsæter 2003).

NAV viser til at de har et godt samarbeid med leger og virksomhetsledere, mens legene selv mener at NAV-systemet fremdeles preges av en sterk etatsinndeling med en snever og reduksjonistisk forståelse av sykdom. Det innebærer at legene bruker mye tid på å ringe de ulike etatene når de har pasienter som ikke tilhører de ”klare” og opplagte sakene. Dette kan bl.a. bidra til å forlenge sykdomsforløpet for enkelte fordi legen ikke får gode nok svar fra NAV. Det påpekes videre at langtidssykemeldte er en gruppe som ofte faller i en kategori mellom etatene:

*(...) Det er et kjempeproblem. Det som de bruker som modeller i trygdetenkning, hvor du har en clear-cut medisinsk sykdom – du har knekt foten og du skal gå med gips i seks uker og så skal du få fysioterapi så lenge, og hvis det ikke er plass der så kan du kjøpe plass et annet sted. Det er ikke en av ti en gang som er sånn sykemeldt i Norge. De fleste er sykemeldte på grunn av et konglomerat av problemstillinger som gjør at de havner midt i mellom alle disse kontorene. Og spesielt de langtidssykemeldte – de gjør nesten bare det.*

*(...) Poenget er i grunn at sykdom og skade det er det ofte multifaktorielle årsaker til. Da må løsningen også være multifaktoriell. Men ofte ser man at man bare klarer å holde en tanke i hodet på en gang. Når det er så sammensatt så må man også kunne tenke i litt mer kompliserte termer. (...) Man kommer tilbake til det forslitte begrepet om pasienten i sentrum. Men ser man på hvordan helsevesenet og hvordan NAV og andre vesener har organisert seg så har man organisert seg ut ifra helt andre tradisjoner enn akkurat det. Det mener jeg for så vidt med pleie og omsorgssektoren også. Det er bestemt ting på toppen som da passer dårligere og dårligere jo lenger ned i organisasjonen du kommer. Man har fragmentert tjenestene. (...)*

*Ofte så er reglene laget sånn at enten så hører du hjemme i gamle a-etat eller så hører du hjemme på trygdekontoret. Det er altså rehabiliteringslinja og det med sykdom, og så er det med attføring og omskolering og de tingene der. Mens jeg som lege ser at for denne pasienten må vi ha en kombinasjon av ytelser. (...) Man sitter i gamle a-etat, man sitter i det gamle trygdekontoret. Her er reglene sånn; passer ikke. Her er reglene sånn; passer heller ikke. (...)*

Legene påpeker at NAV Bodø fremdeles ikke er samordnet og samlokalisert, og de mener ideen bak NAV er god. Legene kritiserer ikke enkeltpersoner i etatene, men utviser kritikk overfor et system som ikke synes å være tilstrekkelig koordinert innad. De viser også til at det er mer enn en organisatorisk endring som må til. Det vises til at kulturelle forskjeller, lovverket og måten de ulike etatene tilnærmer seg ulike problemstillinger på, er så ulike, og at disse forholdene representerer store utfordringer som etatene må overkomme før de tror det blir reelle endringer i etaten.

### 7.1.3 NAV og samarbeidet internt

NAV er i en omorganiseringssprosess hvor målet på sikt er å få til helhetlige tjenester for brukerne. Dette vil forhåpentligvis også bidra til at legene finner samarbeidet med etaten enklere enn de tidvis gjør i dag. Per i dag har NAV arbeid og NAV trygd såkalte trekantsamtaler hvor også brukeren deltar og hvor formålet er å avklare forhold rundt brukeren for å unngå kasteballsproblematikken. De prøver så godt de kan å samarbeide også i dag, men de opplever at organisatoriske forhold som manglende tid, saksmengden per ansatt, omrokkeringer blant de ansatte og endringer av arbeidsoppgaver, tidvis kan føre til andre forløp for brukeren enn ønskelig.

*(...) Da vil jeg egentlig si at flaskehalsen er oss med de saksmengdene vi har. Men det blir litt feil å kalle det for en flaskehals, men jeg ser jo det at hvis vi hadde klart å følge opp alle, hvis vi hadde klart å informere alle på et kjempetidlig tidspunkt og hvis vi hadde gjort grep etter 6 uker eller 8 uker – satt trykket inn der. Så er jeg 100 % sikker på at sykefraværet hadde begynt å gå ned.(...) så vet man jo at de står i en ventekø i 6 mnd for ditt og så ny nevrolog osv. De finner litt, men ikke nok osv, osv. det er klart at da går årene.*

*Vi snakkes veldig ofte på telefon og vi kjenner hverandre.(...) Vi diskuterer på telefon. Jeg synes de går veldig greit de møtene. Vi vet hvor vi har hverandre. Vi tenker faktisk muligheter for de det gjelder. Vi er på god vei. Men jeg tror det er personavhengig. Det er hvordan man jobber og hvordan man tenker. Når jeg får en ny atføringssøker så selv om jeg ser at dette er et avslag så tenker jeg litt lenger enn det avslaget. Her må man sikre hva de går til. Noen ganger så hjelper jeg de kanskje med et intervju eller et møte, eller jeg prøver å motivere dem til å søke, eller at vi går inn med lønnstilskudd før jeg avslår de. Og sånn mener jeg at vi må gjøre, men det er arbeidskrevende.*

I tillegg til organisatoriske forhold på egen arbeidsplass pekes det her også på problemene med mangelen på helsepersonell og det tradisjonelle sekvensielle behandlingsforløpet. Den måten å tilnærme seg pasientens problemer på er tidkrevende og nettopp tidsaspektet peker de intervjuede på som en viktig faktor, for å få folk i langtidssykemelding ut i arbeid igjen. Jo lenger tid det går, jo mindre sannsynlig er det at arbeidstakeren kommer tilbake i jobb. Denne bevisstheten om tidsfaktorens betydning for å få folk inn i arbeid igjen gjelder for øvrig blant alle de intervjuede.

Når det er sykemeldinger på inntil 12 ukers varighet skal NAV innhente oppfølgingsplan og få skriftlig melding fra arbeidsgiver fra dialogmøtet. NAV kan hvis ønskelig delta på dette møtet, men de viser selv til at de ikke har noen mulighet for å delta på alle slike møter. Det er først ved sykemelding inntil 6 måneder at NAV kaller inn til dialogmøte. NAV viser til godt samarbeid med kommunen, og hevder at de har blitt flinke til å lage oppfølgingsplaner for de sykemeldte. NAV har et ris bak speilet hvis kommunen ikke følger opp det de er pålagt etter loven, men det vises til at de aldri har brukt denne tvangsmulktparagrafen. NAV skulle gjerne sett flere graderte sykemeldinger fremfor aktive og passive sykemeldinger, hvilket går på tvers av det arbeidstaker og arbeidsgiver ofte ønsker (se pkt. 4.3.2). Når det gjelder den tilretteleggingen Bodø kommune gjør sies følgende:

*(...) jeg tror for så vidt at arbeidsgiver gjør ganske mye ift tilrettelegging. Bodø kommune har en veldig oppgående bedriftshelsetjeneste som også ofte er inne i saker. De har en fysioterapeut som kommer og ser, og som veileder i forhold til hva som er arbeidsgiveransvar, innkjøp av utstyr og hva som er hjelpemiddelsentralen sitt ansvar. Og det fungerer greit, men det er klart at de også har mye å gjøre.*

NAV karakteriserer samarbeidet med fastlegene som rimelig bra, men viser til at det varierer fra lege til lege. Samtidig påpekes det at brukeren nok også kan spille legene og NAV opp mot hverandre - hvis de ønsker det. Dialogmøtene oppfattes av saksbehandlerne i NAV som et viktig instrument for å unngå dette, fordi det er en felles arena hvor partene kan samles og gjennom dialog få en felles og omforent forståelse av problemer og løsninger. Det påpekes også at de ser at legenes muligheter for å sette seg godt nok inn i den enkelte pasients arbeidsforhold er vanskelig.

*(...) Det er også et forbedringspotensiale som ligger der. Det går på legens kjennskap til den som er sykemeldt: Hvor jobber han? Hva jobber han med? Hvilke muligheter er det for omplassering? Klart at legene vil ikke ha kapasitet til å sjekke alt dette. Det ser vi at der vi kommer inn på et tidlig tidspunkt så finner vi løsninger tidlig. I stedet for at man går hjemme. Jeg tror det kan være fint for dem å ha noen til å spille ball sammen med, for som lege så sitter man ofte veldig alene, tror jeg, og gjøre sånne vurderinger på et relativt spinkelt grunnlag. Man har det kliniske man finner, men vet kanskje ikke forutsetningene på arbeidsplassen, og kanskje heller ikke på andre arenaer for den det gjelder.*

Dette understøtter det inntrykket jeg har av at legenes forutsetning for å si noe kvalifisert om den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, er relativt begrenset, for dette dreier seg om arbeidsorganisatoriske forhold. Det er funksjonsevnen i forhold til hvilke typer belastninger pasienten kan tåle, legen har best forutsetninger for å si noe om.

I tillegg til å kalle inn og legge til rette for dialogmøter, har også NAV et informasjonsansvar overfor legene. Det innrømmes at denne biten kunne vært bedre, men samtidig påpekes det at den enkelte lege har et selvstendig ansvar til å sette seg inn i regelverket:

*Det er noe vi burde ha gjort mye oftere. (...) Et godt samarbeid med legene mener jeg vi har, men helt klart med klare forbedringspotensialer. Vi kunne nok vært bedre på å informere om regelverket. Legene kunne vært mye flinkere til å sette seg inn i regelverket og de mulighetene som finnes. Det er veldig mange virkemidler vi har som legene ikke kjenner til, eller ikke kjenner godt nok til. Du har jo en del økonomiske virkemidler som går på fritt sykehusvalg for å kjøpe folk ut av køen – eller velge sykehuskø. Den brukes, sånn som vi oppfatter det, ikke godt nok. Så har du en del friskmelding til arbeidsformidling. Før var det noe som het kjøp av helsetjenester den ble fjernet bl.a. fordi den ikke ble brukt nok. Jeg tror man ikke hadde saker som man så passet inn i det – at de ikke kjente til det, eller... der er det nok en vei å gå for legene. Men vi ser også når vi er inne i sakene og involverer legene og møtes så kommer det gjerne til en løsning.*

Samarbeidet mellom de ulike partene er det altså ulike meninger om. Det er forståelse for at legenes arbeidsbyrde bidrar til at legenes rolle i forhold til arbeidsevnevurdering er mangelfull, men samtidig mener mange av de intervjuede at et samarbeid med legen er viktig i denne sammenhengen. Som jeg viste tidligere, kan nok dette knyttes til den rollen legen har som forvalter av den medisinske kunnskapen om den ansatte/brukeren. I tillegg til at legen bidrar til å legitimere sykdom og dermed fravær fra arbeidet.

## **7.2 TIDSFAKTOREN**

Mange undersøkelser viser at jo lenger tid den ansatte er borte fra arbeidet jo mindre er sjansen for at vedkommende kommer tilbake i jobb. Tidsfaktoren blir således svært viktig i oppfølgingsarbeidet av de sykemeldte. Å komme raskt tilbake til arbeid etter fravær, er viktig av mange årsaker. Arbeidslivet krever kompetanse, ferdigheter og en viss grad av effektivitet. Når folk er ute av arbeidslivet en stund,

kan de føle at de er ”ute av trening”. Dette kan også føre til at tilbakeføring til arbeidslivet oppleves som problematisk dersom det ikke legges til rette for det. Men i forlengelsen av denne erkjennelsen pekes det på at det ikke er så enkelt å gjøre noe med dette heller. Det knyttes i stor grad opp til tre faktorer. For det første knyttes det opp til helsevesenets organisering med dets sykehuskøer og dets mangel på helsepersonell (for eksempel psykologer).

*(...) Du må jo utredes hvis du har vondt. Og det tar tid. Det tar tid på sykehuset. Og er du psykisk syk, så tar det i hvert fall tid å hoste opp en psykolog.*

Det knyttes for det andre til NAVs organisering. Etaten er preget av å ha en reduksjonistisk tilnærming til helse og sykdom hvilket innebærer at bl.a. individer med langtidsfravær blir kasteballer mellom etatene. Dette er en tidkrevende og ødeleggende prosess for de det gjelder.

*(...) Jeg vet at Nav har gjort en undersøkelse for hvor lang tid det tok fra man ble sykemeldt til man var over i en situasjon hvor man enten var i attføring eller andre tiltak – og det var godt over ett år. Så vi har store forbedringspotensialer der også. Det er det ikke noe tvil om.*

Og for det tredje vises det til den generelle tidsklemma og arbeidsmengden behandlingsapparatet selv er i. Det erkjennes at hadde man hatt mindre å gjøre og bedre tid til hver pasient/bruker kunne noen løp endt annerledes enn de gjør i dag.

*(...) Det er så mye papir vi må forholde oss til på en eller annen måte. (...) Og så er det også noe med den tidsklemma. Vi synes det er vanskelig nok å få tak i pasienten om vi ikke skal ringe for å få tak i arbeidsgiver også. Få det til å passe inn i vår hverdag også. Så er ikke arbeidsgiver å treffe og skal du prøve igjen, og så går nå dagene.*

Men det er ikke bare apparatet rundt de sykemeldte som anser at tiden er en kritisk faktor. De som selv har vært i en lengre sykemelding mener for det første at det er viktig at leder er tidlig på banen og kontakter dem når de går inn i en lengre sykemelding. For det andre pekes det på at det tar for lang tid å komme i kontakt med attføringskonsulenten, men når denne kontakten først er oppnådd så er de fornøyde med den hjelpen de har fått. Og for det tredje viser de som har vært i kontakt med trygdesystemet, at tiden det tar å få behandlet sin sak tar for lang tid og at prosessen i seg selv er nedbrytende. Dette viser igjen til hvor sammensatt prosessen fra korttidsfravær via langtidsfravær til uføretrygd kan være.



## 8. OPPSUMMERING OG NOEN REFLEKSJONER

I denne undersøkelsen har jeg vist at det er mange og komplekse forhold på ulike nivå som i samspill er med på å påvirke sykefraværet. Jeg viser til at ulike rammebetingelser som situasjonen på arbeidsmarkedet, gjeldende lover og regler, velferdstjenestenes organisering, politikk og budsjetter danner en viktig ramme, eller kontekst rundt sykefraværsfeltet. På det organisatoriske nivået finner vi arbeidsorganisasjonen og de ulike krav som stilles til arbeidstakeren, arbeidsmiljø/klima på arbeidsplassen, organisasjon og ledelse. New Public Management med økt vekt på effektivisering er en viktig rammebetingelse for arbeidsplassen. På individnivået handler om enkeltindividenes ressurser som utdanning og kompetanse, mental og fysisk kapasitet, helse og opplevelse av helse, sosio-økonomisk bakgrunn og motivasjon (de "menneskelige ressurser").

### **Arbeidsorganisasjonen**

Med unntak av renhold er både helse- og sosialsektoren, barnehager og SFO preget av emosjonelt arbeid. Det innebærer at arbeidstakeren står i en direkte samhandlingssituasjon med brukerne/tjenestemottagerne. Godt omsorgsarbeid krever at de ansatte byr på og tar i bruk sine følelsesmessige sider, for å identifisere brukerens behov. I hvor stor grad de ansatte får anledning til å yte god omsorg avhenger av hvilke arbeidsbetingelser de jobber under. De ansatte har opplevd store endringer i brukergruppene ved at de eldre som bor hjemme og de som er på sykehjem har blitt sykere og mer pleietrengende, og barna i barnehagene har blitt flere og yngre. I tillegg til dette har det i hjemmetjenesten kommet inn nye og tyngre brukergrupper som personalet må forholde seg til slik som brukere tilknyttet rus- og psykiatrifeltet. Dette har også bidratt til at trusler og vold har blitt en del av hverdagen for enkelte ansatte. For å kunne håndtere disse utfordringene, vil kompetanseheving, kommunikasjon og felles holdninger være viktige redskaper. Samtidig med de nye utfordringene har mange kommuner, inspirert av New Public Management, fokusert mye på effektivisering, nedbemanning og flatere organisasjonsstrukturer. De ansatte forventes å gjøre flere arbeidsoppgaver på kortere tid. Dette skaper en generell opplevelse av stress og utilstrekkelighet i arbeidshverdagen. Når de skal forklare årsakene til flere sykemeldinger i sektoren, trekker de frem flere faktorer knyttet til arbeidshverdagen. De fokuserer spesielt på tidspress, på lav grunnbemanning, små stillingsbrøker, arbeidsmiljøet, organisasjonsstruktur, ledelse og oppfølging av de ansatte i arbeidshverdagen og under sykemelding.

Tidspress kan i stor grad knyttes til lav grunnbemanning og antall oppgaver som skal gjøres innenfor en arbeidshverdag. Mye tyder på at mange ansatte opplever

krysspress mellom ulike forventninger, og at dette gir opplevelse av stress og utilstrekkelighet. Små stillingsbrøker nevnes som kilde til lav lojalitet hvilket begrunnes med at det er enklere å være borte fra jobb når man har liten tilknytning til arbeidsplassen enn når man har en fast heltids- eller deltidsstilling, fordi da slår i større grad en sterkere lojalitetsfølelse overfor arbeidsgiver og arbeidskolleger inn. Et dårlig arbeidsmiljø anses som en viktig faktor som skaper sykefravær. Det vektlegges at alle har et ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø, men samtidig er leders håndtering av konflikter en viktig grunn til om det får utvikle seg til å bli en fastlåst situasjon med sykefravær som resultat, eller om det blir tatt tak i på en skikkelig måte. Bodø kommune har en rekke tiltak rettet mot opplæring av ledere bl.a. knyttet til konflikthåndtering. Et viktig spørsmål blir da i hvor stor grad lederne implementerer det de lærer i organisasjonen? Er det slik at de ansatte opplever endringer i sin arbeidshverdag?

Måten mange kommuner har valgt å organisere seg på, for eksempel ved å innføre flattere organisasjonsstruktur kan ha gjort personalarbeidet vanskeligere for lederen. Når leder får ansvaret for altfor mange ansatte vil dette vanskeliggjøre god oppfølging av den enkelte både faglig, administrativt og rent menneskelig. Organisatoriske forhold og rammebetingelser generelt kan samlet bidra til at ledernes arbeid for å få ned sykefraværet i virksomheten blir vanskeliggjort eller rett og slett umulig. Lederne opplever at de står i et krysspress mellom den overordnede ledelsens krav til effektivitet, og til å holde budsjetter og de ansattes krav til å kunne få tilstrekkelig tid og mulighet til å yte de tjenestene som tjenestemottagerne har krav på. Dette faktum kan også bidra til at lederne selv opplever å bli utslitte og ende med sykemelding. Samtidig kommer det frem at hvordan en leder fungerer, har stor betydning for arbeidsmiljøet. Hvordan lederen håndterer konflikter, planlegger arbeidsorganisering og legger føringer på retningslinjer for hvordan samhandling mellom ansatte og ansatte og brukere skal foregå, er viktig i denne sammenheng.

Bodø kommune har den senere tiden innført mange tiltak for å tilrettelegge og forebygge sykefravær hos de ansatte. Men det kan se ut til at ikke alle virkemidlene er utformet slik at de oppleves som hensiktsmessig for brukerne. Det vises til at en generell treningsavtale ikke nødvendigvis er det tiltaket som treffer den gruppen av arbeidstakere som kanskje trenger det mest. Dette er i tråd med opplevelse av helse som noe individualistisk. Skal man ha tiltak som treffer, må man tilby mer enn en generell treningsavtale. Man må kartlegge hva slags treningsbehov de ansatte opplever at de har bruk for, og så skreddersy tilbud i forhold til disse ønskene. I denne sammenheng kan de være hensiktsmessig å koble dette nærmere til de ansattes fysiske utfordringer i hverdagen.

Hvis mange trenger tilrettelegging i en organisasjon kan det by på praktiske problemer å få det til fordi det er enkelte arbeidsoppgaver som uansett må gjøres i organisasjonen. Blir det for mange som må tas ut av sine vanlige arbeidsoppgaver vil organisasjonen rett og slett ikke fungere. Mangelen på (kompetente) vikarer bidrar til å forsterke dette problemet. Det kan også by på problemer å finne alternative oppgaver der det er nødvendig. Men i tilretteleggingsarbeidet pekes det også på hvor viktig det er at arbeidstaker selv er aktiv med på å fortelle hva slags oppgaver vedkommende kan og ikke kan gjøre. Virksomhetslederne og de på rehabilitering/uføre peker på at den enkleste løsningen ofte er aktiv sykemelding. Det letter arbeidsbyrden både fysisk og psykisk for arbeidstakeren som trenger tilrettelegging og det bidrar også til at lederne setter inn vikarer. Dette ser det ut til at de i mindre grad gjør når arbeidstakeren går på gradert sykemelding. Grunnen til at det er slik fremstår som noe uklart. Uansett går denne praksisen på tvers av det regelverket anbefaler. Det viser til at gradert sykemelding skal velges framfor aktiv sykemelding.

De lederne som har høyt sykefravær i sin virksomhet ser ut til å ha god kjennskap til hvilke virkemidler som er tilgjengelig i sykefraværarbeidet, men hensiktsmessigheten og nytten av dem oppfattes ikke som å være optimal. Det pekes bl.a. på at virkemidlene ikke er tilpasset den arbeidshverdagen mange står i. Mange har arbeidsstedet sitt i private hjem og de virkemidlene som tilbys treffer ikke denne gruppen av arbeidstakere. Andre viser til at reglene er for firkantede til at de er godt nok tilpasset helse- og sosialsektoren. Det vises også til at tilretteleggingstilskuddet ikke dekker lønn og at tilskuddet har for kort varighet – dette ses på som en stor svakhet ved tilretteleggingstilskuddet.

### **De menneskelige ressurser**

I likhet med tidligere undersøkelser (Fuggeli og Ingstad 2001) ser mine informanter ut til å ha et holistisk, pragmatisk og individuelt perspektiv på helse. Det innebærer at helse og sykdom ikke forstås som en gitt objektiv størrelse, men som et resultat av enkeltmenneskets totale livssituasjon. Skal man få ned sykefraværet, er altså arbeidsorganisasjonen bare en av flere arenaer man kan sette inn tiltak for å få til dette. Det innebærer at andre etater og aktører også må ha menneskets totale livssituasjon i tankene når de møter enkeltmennesker med problemer hvis ikke kan dette medføre at en etats beslutninger kan bidra til å skape fravær som en annen etat eller arbeidsgiver jobber for å unngå.

Informantene mine har en nyansert og mangesidig innfallsvinkel til årsakene til sykefravær.

Virksomhetsledernes refleksjoner rundt sykefravær kan deles inn i tre ulike kategorier: medisinsk konstaterte sykdommer, legenes sykemeldingspraksis og individenes motivasjon. De medisinsk konstaterte sykdommene er det jeg har kalt det legitime fraværet som ingen stiller spørsmålstegn ved. Eksempler på dette er kreft, kols, skader og operasjoner. Legenes praksis blir også vurdert som en viktig årsak til fravær eller manglende tilbakeføring til arbeidslivet. Virksomhetslederne hevder at legene ikke vet nok om den enkelte arbeidstakers arbeidsplass, og at de gjør for lite i forhold til å vurdere den enkelte arbeidstakers arbeidsevne. Samtidig innser de at legene antakelig også har utfordringer knyttet til dette. Til tross for at virksomhetslederne i stor grad fokuserer på at forhold utenfor det enkelte individ kan bidra til å skape fravær, peker alle på at en faktor som egenmotivasjon også er en viktig faktor. Imidlertid kan motivasjon også forstås som et resultat av samhandling i en gitt kontekst, slik som arbeidsplassen, og ikke som et karaktertrekk hos det enkelte individ. I motsetning til min innfallsvinkel til begrepet er det få virksomhetsledere som kobler motivasjon direkte til kontekst, som for eksempel dårlige arbeidsbetingelser og trivsel. Flere reduserer motivasjon til å handle om enkeltindividets karakter, moral, verdier og holdninger, og fraværet blir da å regne som det jeg har kalt illegitimt fravær. Dette er en type fravær det stilles spørsmålstegn ved. Når motivasjon fortolkes som et trekk ved individet, blir løsningen å rette søkelyset mot individet. Hvis motivasjon betraktes som ansattes ønske om å være på jobb, er det lettere å se at også trekk ved arbeidsorganisasjonen er viktige for ansattes ønske om å være der. Dette kommer tydelig frem i enkelte av intervjuene.

Det kan virke som om diagnose, behandlingstradisjon og behandlingsapparatet som sådan kan bidra til sykefravær. Det vises til at en sykdomsdiagnose, eller at noen får merkelappen "ufør", gjør noe med individenes selvforståelse. På en måte kan man si at de får tilskrevet en identitet som *pasient* som de lever opp til. Dette kan bidra til at terskelen for å komme tilbake i arbeid blir uoverkommelig. En lege er spesielt kritisk til fysioterapeuter og deres behandlingstradisjon som han mener skaper langtidsfravær og uførhet fordi pasientene oppfordres til å holde seg i ro under behandlingen, som gjerne tar månedsvis. I tillegg bidrar langt fravær fra arbeidet i seg selv til at det kan oppleves vanskelig å komme tilbake. Og det påpekes at måten behandlingsapparatet tradisjonelt har fungert på, så har det underbygget de defensive trekkene hos pasientene. For å få den ønskede behandling, er pasientene nødt til å vise at de er syk *nok*, og da kan behandlingen ha mer begrenset effekt. Forebygging synes ikke å være en styrende mekanisme for denne delen av helsevesenets virkemåte.

Når jeg spør mine informanter som er på rehabilitering/uføre om deres motivasjon og innsats for å komme tilbake i arbeid, viser de alle til stor egeninnsats. Samtidig

tyder svarene på at motivasjon i høy grad avhenger av den konteksten arbeidstakeren befinner seg i. Konteksten kan da forstås som hvilke arbeidsoppgaver de har, eller blir satt til å gjøre, hvilke tilretteleggingstiltak som har blitt gjort, og ikke minst leders håndtering av fraværet. Organisatoriske og psykososiale forhold ved arbeidsplassen er derfor sentralt for å for tilbakeføring til arbeidslivet, ikke bare den ansattes helse. Materialet mitt tyder på at det ikke alltid er slik at lederne evner å tilrettelegge. Noen ganger kan det se ut til at det kan knyttes til manglende interesse, eller fantasi mens andre ganger kan det se ut til at det er rammebetingelsene som setter en stopper for i hvor stor grad tilrettelegging lar seg gjøre. Det kan være trange budsjetter, det kan mangle vikarer, det kan være turnustekniske forhold, manglende innsikt i arbeidstakerens faktiske problemer og virkemidler som ikke er tilrettelagt for sektoren på en god nok måte. Dette vises det spesielt til innenfor helse- og sosialsektoren. Det kan se ut til at i hvor stor grad leder evner å vise empati og forståelse for arbeidstaker, i hvor stor grad leder ser og hører de det gjelder, har stor betydning for arbeidstakerens motivasjon for å komme tilbake i arbeid. Dermed er det ikke primært den ansattes arbeidsevne, men samspillet mellom den ansattes muligheter til å arbeide og hvordan arbeidsplassen på ulike måter er i stand til å ta imot den ansatte, som er avgjørende for fravær eller nærvær fra arbeidet. I denne sammenheng kan det være slik at den ansatte har arbeidsevne og muligheter til å utføre visse arbeidsoppgaver, men at det ikke finnes denne type jobb ledig innenfor arbeidsorganisasjonen. Det kan altså være et misforhold mellom den ansattes arbeidsevne og tilgjengelige jobber.

Medisinen har tradisjonelt sett hatt en reduksjonistisk tilnærming til helse og sykdom hvor det fokuseres på deler av individet fremfor helhet. De legene jeg har intervjuet kan ikke sies å forstå helse og sykdom på denne måten. Deres forståelse av fravær er i likhet med de andre informantene preget av holisme, pragmatisme og individualisme. Det påpekes at det av den grunn er vanskelig å få ned fraværet og at det ofte er lite arbeidsgiver alene kan iverksette av tiltak for å få ned fraværet. Samtidig kan jeg lese ut av det legene sier at NAV i stor grad er preget av denne reduksjonistiske tilnærmingen til sykdom. Det kommer til uttrykk de ulike skjemaene legene må fylle ut og som NAV er adressaten til, og det kommer også til uttrykk i NAVs måte å arbeide på. Det vises til kasteballsproblematikk som skyldes at man ser på deler av individet fremfor en helhetlig tilnærming. Dette skaper problemer for legenes behandling, men også for de individene det angår. Det er for øvrig knyttet forventninger til den nye organiseringen av NAV som ennå ikke har trådt i kraft i Bodø.

Behandlingsapparatet har nok i stor grad vært preget av en forståelse av at sykdom må skyldes en enkelt årsak, og klarer man å identifisere den, kan den behandles, og så får man folk tilbake i arbeid igjen. Denne undersøkelsen skisserer at det ofte er

et konglomerat av problemstillinger som gjør at individer havner i langtidssykemeldinger og på uføretrygd. Skal man løse disse utfordringene må man derfor ty til mer komplekse måter å analysere og løse enkeltindividets problemer. Det innebærer nok i mange tilfeller også at flere ulike instanser enn arbeidsgiver, fastlege og NAV må inn i bildet. Som jeg har vist, kan andre etater skape sykemeldinger fordi de ikke legger forholdene til rette på en god nok måte slik at enkeltindivider kan stå i arbeid.

### **Strukturelle forhold**

Skal man gripe feltet fravær fra arbeidet, må man søke utover et fokus kun på arbeidsplassen. Mange undersøkelser viser da også at det som figurerer som sykefravær bl.a. henger sammen med kjønn, demografiske forhold, sosio-økonomisk status (bl.a. utdanning og yrke), geografisk beliggenhet, næring og sektor. Sykefravær må også ses i sammenheng med sysselsettingsgraden i samfunnet. Med økt sysselsettingsgrad, hvor for eksempel personer med dårlig helse eller med funksjonsnedsettelse er inkludert i arbeidslivet vil naturlig nok også det totale sykefraværet øke (sammensetningshypotesen). I tillegg til dette øker gjennomsnittsalderen til den yrkesaktive befolkningen, og man kan anta at de som har vært i fysisk belastende og krevende jobber hele sitt yrkesliv på sine eldre dager begynner å få slitasjeskader og belastningsskader.

Det er også viktig å påpeke at sykefraværstallene rommer mye mer enn enkeltindivider og deres spesifikke sykdomsdiagnose. Sykefraværstallene rommer utvilsomt mye som ikke er direkte sykdomsrelatert, men fordi den eneste legitime fraværgrunnen man har fra arbeidet er fravær knyttet til sykdom blir alt fravær (med noen unntak) registrert som sykefravær. Fravær kan for eksempel være knyttet til forhold i den private livssfære og som strengt tatt ikke er knyttet til egen sykdom. Noen er pårørende til pleietrengende barn, partner eller foreldre, noen lever i voldelige forhold, noen skiller seg – alt dette kan påvirke den enkelte arbeidstakers fravær fra arbeidet.

I tillegg til forhold på arbeidsmarkedet har arbeidsmiljøloven, IA-avtalen og velferdstjenestenes organisering og behandlingstradisjon betydning for fravær. Sekvensielle behandlingsforløp, manglende helsepersonale og sykehuskøer kan forklare noen lange fraværsløp. I følge fastlegeordningen har fastlegen ansvaret for planlegging, koordinering av individrettet forebyggende arbeid, undersøkelse og behandling. I lov om tettere oppfølging av sykemeldte ansvarliggjøres også legene ved at de skal vurdere arbeidsevne. Dette ser ut til å være noe uhensiktsmessig da det er funksjonsevne legene er best rustet til å si noe kvalifisert om.

### **Samhandlingen mellom aktører på systemnivå**

Samhandlingen mellom virksomhetsledere, leger og NAV kan i det store og hele sies å fungere greit, men det er noe delte meninger om nytten ved dialogmøtene. Det er spesielt legene som er skeptiske til disse møtene og det kan i stor grad knyttes til organisatoriske forhold. For det første pekes det på at legene har øyeblikkelig hjelp ansvar på dagtid. At legen fysisk må forlate arbeidsstedet byr derfor på problemer. Legene har også en svært travel arbeidshverdag at det å beramme tid til slike møter i arbeidstiden byr på problemer. I tillegg vises det til at det er begrenset hvilken kunnskap legen har om den enkelte pasients arbeidsplass og at det er pasienten selv i samarbeid med arbeidsgiver som er best kvalifisert til å finne gode løsninger på dette. Det kan se ut til at den mest hensiktsmessige løsningen på dette, er at legen kommer med en funksjonsvurdering av pasienten, og at det er arbeidstakeren og arbeidsgiveren som sammen må komme fram til gode løsninger på den enkelte arbeidsplass.

NAV oppgir å ha et rimelig godt samarbeid både med virksomhetslederne og med de fleste legene. I likhet med virksomhetslederne anser NAV at dialogmøtene er viktige for å få en felles og omforent forståelse av problemer og løsninger for pasienten. Samtidig kan de ikke se at disse møtene har bidratt til å få sykefraværet ned. Dette kan bl.a. skyldes at åpenheten i disse møtene varierer. Så lenge den sykemeldtes egentlige diagnose ikke blir kjent for arbeidsgiver og NAV, er det i realiteten lite de kan gjøre av relevant tilrettelegging for den det gjelder. Tiltakene som settes i verk, vil dermed ha liten innvirkning på om den ansatte kommer tilbake i arbeid eller ei. Det kan således se ut til at i de tilfellene dialogmøtene fungerer best er når det er åpenhet rundt pasientens diagnose. Da blir det tydeligere hva apparatet rundt faktisk kan eller ikke kan gjøre for å få arbeidstaker tilbake i arbeid.

### **Tiden**

Tiden er en faktor som går igjen i mange av de intervjuedes uttalelser om sykefravær. Det er knyttet til tidspress i arbeidshverdagen, men også til tidsfaktoren i oppfølgingsarbeidet. Det er stor enighet om at jo lenger tid det tar før sykemeldte arbeidstakere kommer i arbeid, jo mindre er sannsynligheten for at de kommer tilbake overhode. Problemer som nevnes i så måte er helsevesenets organisering. Sykehuskøer og mangel på helsepersonell – og da nevnes psykologer spesielt - er ett viktig hinder for å få folk raskt tilbake i arbeid. Behandlingstradisjoner er en annen viktig årsak til at behandlingssløp drar ut. Det vises for det første til at den tradisjonelle sekvensielle formen for behandling tar altfor lang tid i de tilfeller det er diffuse problemer som er årsaken til at folk ikke kan være i jobb, og for det andre vises det til at fysioterapeutenes holdning ofte er at pasientene ikke skal være i arbeid/aktivitet så lenge behandlingen foregår. Ved

lange behandlingsløp, påpekes det, kan denne type saker fort komme over i trygdesakene.

### **Noen korte og avsluttende refleksjoner om fravær**

Jeg har i denne undersøkelsen skissert hvor mange ulike forhold som er med på å påvirke (syke)fravær. Problemfeltet er svært komplekst og det innebærer også at arbeidsgiver i mange tilfeller bare er en viktig aktør for å bidra til å få fraværet ned. Det som kanskje spesielt utmerker seg i forhold til det arbeidsgiver (og politikerne) kan gjøre noe med er større organisatoriske grep. Det er knyttet til oppbemanning innenfor enkelte sektorer og at arbeidstakerne får lenger tid til å utføre de arbeidsoppgavene de er satt til å gjøre. Økt fokus på forebygging og tilrettelegging kan nok demme opp for noe sykefravær, men så lenge man ikke gjør noe med det som oppfattes som det store problemet – lav grunnbemanning og tidspress, vil neppe dette ha en veldig stor effekt på sykefraværet på lengre sikt. Tilretteleggingen får da mer karakter av brannslukking fremfor forebygging. På sikt er det en lite egnet strategi for å unngå utstøting fra arbeidslivet og lange sykemeldinger. På den annen side er det mulig å få til forbedringer som vil gjøre hverdagen bedre både for ansatte og tjenestemottagere. Et økt fokus mot kompetanse, kommunikasjon, ledelse og fleksibilitet i organisasjonen har vist seg andre steder å ha positiv effekt på arbeidsmiljøet og dermed også på (syke)fraværet.

Samtidig har nok kommunene ved å velge flat organisasjonsstruktur med en virksomhetsleder på toppen med ansvaret for 50-100 mennesker, organisert seg vekk fra muligheten til å drive god personalpolitikk. Mindre enheter åpner for større muligheter for å følge opp den enkelte ansatte samtidig som mindre arbeidslag sannsynligvis vil føre til sterkere tilhørighet og ansvarsfølelse overfor kolleger, slik at terskelen for det man kan kalle illegitimt fravær blir høyere.

Det jeg har forsøkt å vise i denne undersøkelsen er at fravær kan deles inn i ulike prosesser: kortidsfravær – langtidsfravær – uførhet. De ulike prosessene innebærer at det er ulike arenaer som står i fokus, og det betyr at det er ulike tiltak som må settes i verk avhengig av hvor i prosessen man er. Når den ansatte er i langtidsfravær er det ikke lenger nødvendigvis arbeidsplassen som er den viktigste arenaen for tiltak, men da blir forhold knyttet til systemet utenfor arbeidsplassen viktigere. Det er altså knyttet ulike mekanismer og aktører til de ulike typene fravær, både på individnivå og i forhold til arbeidsplassen. For å få ned fraværet fra arbeid, er det viktig å ta tak i alle delene av prosessen, og samtidig se dem i sammenheng.



Det er ting som kan tyde på at fokuset i sykefraværdebatten er for snevert rettet mot *sykdom* og konkrete *sykdomsdiagnoser*. Alle krefter settes inn på å få ned *sykefraværet*, fordi det er den eneste type fravær som oppfattes som legitimt, mens en stor del av fraværet faktisk ikke handler om sykdom. Når viktige deler av behandlingssystemet ikke erkjenner den kompleksiteten som omgir fravær fra arbeid utarbeider man virkemidler og løsninger som ikke treffer. Fokuset bør antakelig derfor i større grad rettes inn mot *fravær*. Hvis utgangspunktet for tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen er knyttet til en vond skulder, men at den vonde skulderen skyldes kroppslige reaksjoner på problemer på hjemmearenaen vil denne type tiltak ikke ha noen effekt. Det eneste som skjer er at virksomhetslederne opplever maktesløshet i sitt forsøk på å tilpasse arbeidet til arbeidstakeren – noe som er dømt til å mislykkes fordi utgangspunktet for tilretteleggingen er feil. Det er mye som tyder på at arbeidsgiver bør sette trykket inn på (syke)*nærvær* fremfor (syke)*fravær*. Det betyr at som politiker og arbeidsgiver er det først og fremst budsjetter og organisatoriske forhold (inkludert ledelse) som bør fokuseres på. Da må man først og fremst ta tak i de forhold som man vet skaper godt arbeidsmiljø og gode arbeidsbetingelser – altså nærsværsfaktorer. Gode arbeidsorganisasjoner hvor arbeidstakerne trives vil være en god begynnelse for å skape lavere fravær.

## REFERANSELISTE

Andersen, L. (2002) Underorganisering. Bedriftsutvikling og ansattes arbeidsvilkår. Oslo: Gyldendal akademisk

Astvik, A, Mellner, C., Aronsson, G. (2006): På väg. En kvalitativ studie av långtidssjukskrivning, arbete och rörlighet. Arbete och hälsa, Vetenskaplig skriftserie nr 3:2006

Blekesaune, M. og P.-E. Solem (2005): Research on Aging.

Dag og Tid nr 23 2007: Det sunne sykefråværet. Intervju med Ebba Wergeland

Dahl, E. og T. Midtsundstad (1994): *Kommer avtalefestet pensjon i stedet for uførepensjon og ledighetstrygd?* Oslo, Fafo.

Drøpping, J.A. og T. Midtsundstad (2003): Forskning og utredning med relevans for Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. Fafo-rapport nr. 417.

Ellingsæter, A.L. (2003): Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv, i Arbeidstilsynet: Kvinner og arbeidsmiljø – om kjønn og likestilling i et arbeidsmiljøperspektiv. Hva er arbeidstilsynets rolle? Konferanserapport 2003

F14.04.2000 nr 328 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Fuggeli, P. og Ingstad, B. (2001): *Helse - slik folk ser det*, Tidsskrift for Den norske Lægeforening, 2001:121:3600-4

Grunnet, K. (1989): Stress, jobb og livsstil, Kommuneforlaget

Halford, S. and Savage, M. (1995): Restructuring organisations, changing people: Gender and restructuring in banking and local government. *Work, employment and Society* 9 (1) :97-122

Hem, K.G. (2000): *Økonomiske konsekvenser av sykefravær*, SINTEF rapport 2000

Hofman, B. (2004): *Hva er sykdom?* I Sykepleien nr. 4/2004, s. ?

Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009

Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2003): Psykologi i organisasjon og ledelse. Bergen: Fagbokforlaget

Kvamme, E.M. (2000): Ærefult arbeid og hellig trøtthet. En undersøkelse om trøtthet blant hjemmesykepleiere og sykepleiere. Hovedfagsoppgave UiO

Lovendringer 1. mars 2007: Tettere oppfølging av sykemeldte

Ludvigsson, M., Svensson, T., Alexanderson, K (2006): Begreppet arbeidsförmåga – en litteraturgenomgång, Arbete och hälsa, Vetenskaplig skriftserie nr 8:2006

Midsundstad, T. (2003b): *Seniorpolitikk i staten. En foreløpig beskrivelse av tiltak, holdninger og noen erfaringer hos arbeidstakere.* Fafo-notat, 2003:14.

Mikkelsen, A. (red.) (2002): Tiltak mot sykefravær. Cappelen akademisk

Moland, L. (2002): Innsats for arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren. Fafo

Nordby, H. (2005): *Sykdomsbegrepets vaghet i lege-pasient-interaksjonen,* Tidsskrift for Den norske lægeforening 2005; 125:765-766

Nordenfelt, L. (2004): *Delaktighetens språk.* I Gustavsson, A. (red.). Lund: Studentlitteratur

Olsen, K.M. (2007): Søkelys på arbeidslivet, *Sykefravær – hvor mye skyldes jobben?*, i Søkelys på arbeidslivet nr 1 2007 s. 53-62

Pedersen, H. (2002): Arbeidsmiljølovens §12 og psykososialt arbeidsmiljø. Oslo: Tiden Norsk Forlag.

Rødvei, P.H. (2000): "Kampen om den kompetente arbeidskraften" i Dahl, T., Finstad, N. og Opdahl Mo, T. *Tid for forandring.* Oslo: Kommuneforlaget AS

Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv, revidert versjon, 2006-2009

Skilbrei, M.L (2002): "Modernisering, makt og mening i renholdsbransjen" i Ellingsæter, A.L. og Solheim, J. (red.) *Den usynlige hånd?. Kjønnsmakt og moderne arbeidsliv.* Gyldendal Akademisk

Solem, P.-E. (1998): "Eldre i arbeidslivet" i Beverfelt, E., Helset, A. og R. Ingebretsen (red.): *Spor etter år. Aldersforskning i Norge gjennom 40 år*. Rapport 15/98, Oslo: NOVA.

Solem, P.-E. og R. Mykletun (1996): *Arbeidsmiljø og yrkesavgang: effekter av arbeidsmiljø på sannsynligheten for tidlig avgang fra yrkeslivet*. Oslo, NGI.

Sivesind Mehlum, I. (2003): *Kjønnsulikheter i helse – en utfordring for arbeidstilsynet i Arbeidstilsynet: Kvinner og arbeidsmiljø – om kjønn og likestilling i et arbeidsmiljøperspektiv. Hva er arbeidstilsynets rolle? Konferanserapport 2003*

Sollund, M., Trygstad, S. og Johansen, B.L. (2004): *Myndiggjorte medarbeidere i pleie- og omsorg – hvorfor og hvordan?* Nordlandsforskning, rapport nr.11

Sollund, M. (2007) *En jobb å eldes med*. Rapport nr. Bodø: Nordlandsforskning

STAMI (2004): *Arbeidsforhold av betydning for helse*

Steihaug, S. og Hem, K.G. (2006): *Evaluering av "Forsøk med bruk av legespesialister og omfattende bruk av rådgivende leger i uføresaker"*, SINTEF Helse

Sørensen, B. Aa. og Grimsmo, A. (2001): *Varme og kalde konflikter i det nye arbeidslivet*.

Sørensen, B. Aa., Dahl-Jørgensen, C. og Skogstad A.(1998): *Arbeid og arbeidshelse i pleie og omsorgssektoren*. AFI/SINTEF

Torvatn, H. og Vedi, C. (red.) (2000): *Idébok for kommunalt sykefraværarbeid*. Sintef

Truman, C (1996) *Paid work inn women's lives: continuity and change*. I: Casslett, T., Easton, A. and Summerfield, P (eds.) *Women, Power and Resistance. An Introduction to Women's Studies*. Buckingham and Philadelphia: Open University Press

*Tettere oppfølging av sykemeldte*, brosjyre fra NAV

Tillegg av 15. mai 2007 til tilleggsavtale 6. juni 2006. Intensjonsavtale av 14. desember 2005 om et mer inkluderende arbeidsliv

Tiltak for å redusere sykefraværet. Sykefraværsutvalgets rapport. Avgitt 6. november 2006

Trygdeetatens arbeidslivssenter: Tjenester til IA-virksomheter

Ugreninov, E. (2005): Ny SA om seniorer i Norge – Flere pensjonister må forsørges av stadig færre yrkesaktive. SSB.

Utaaker, E. (2007): RETT HJEM – kampanje i hjemmetjenesten 2002-2007. Resultater og foreløpige konklusjoner

Ve (1999):

Vike, H. mfl. (2002) Maktens samvittighet. Makt- og demokratiutredningen Gyldendal akademisk

Vaage, O.F. (2003): *Yrkesliv eller pensjonisttilværelse*. SSB-rapport 2003/18.

Willadsen, B. (red.) 2002) Sykefravær. Grunnlag, ideer, tanker. Idebanken for sykefraværarbeidet. Tiden Norsk Forlag

Yrkesrettet attføring, NAV-brosjyre

[www.arbeidstilsynet.no](http://www.arbeidstilsynet.no)

[www.nav.no](http://www.nav.no)

## VEDLEGG 1

### Arbeidsgiver skal:

- arbeide systematisk for å forebygge sykdom og skade og tilrettelegge arbeidet for den sykmeldte, eventuelt finne nye oppgaver
- følge opp ansatte i løpet av og i etterkant av en sykdomsperiode
- i samarbeid med arbeidstaker utarbeide en oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid, som skal være ferdig senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeid i seks uker
- innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen, senest innen 12 uker etter at arbeidstaker har vært helt sykmeldt fra arbeidet. Lege/sykmelder kan delta hvis arbeidstaker ønsker det. Dialogmøtet avholdes på arbeidsplassen, eventuelt på legekantoret. Innkalling må sendes i god tid. Skriftlig melding fra møtet skal sendes NAV-kantoret.
- melde fra om eventuelle behov for virkemidler og tjenester fra Arbeids- og velferdsetaten
- delta på dialogmøtet NAV-kantoret innkaller til hvis sykefraværet varer i 6 måneder

### Arbeidstaker skal:

- tidligst mulig samarbeide med arbeidsgiver om å finne løsninger som hindrer full sykmelding
- delta i utarbeidelsen av oppfølgingsplan
- være innstilt på å gjøre andre arbeidsoppgaver, hvis det ikke er mulig å utføre de vanlige
- delta på bedriftsinterne tiltak som kan bidra til hel eller delvis tilbakeføring til arbeid.
- delta på dialogmøter

### Lege/sykmelder skal:

- motivere, stimulere og gi trygghet for aktivitet på arbeidsplassen når det er medisinsk forsvarlig
- vurdere gradert (det vil si deltid) sykmelding før full sykmelding
- vurdere om det er tungtveiende, medisinske grunner til at arbeidsrelatert aktivitet ikke er mulig
- delta på dialogmøtet som skal foregå senest etter 12 uker, dersom arbeidstaker ønsker det
- hvis det anses hensiktsmessig delta på dialogmøtet som NAV-kantoret innkaller til hvis sykefraværet har vart i 6 måneder
- uttale seg innenfor de rammene som taushetsplikten legger
- Manuellterapeuter og kiropraktorer kan skrive ut sykmelding i opptil 8 uker og er i likhet med leger aktuelle deltakere på dialogmøter

**Bedriftshelsetjenesten skal:**

- arbeide forebyggende
- delta på dialogmøte etter 12 ukers sykmelding

**Tillitsvalgte og verneombud skal:**

- bidra til å gjøre sykefraværarbeid til en integrert del av HMS-arbeidet
- når det er hensiktsmessig, gi arbeidstakerne råd og veiledning og bistå arbeidstaker i dialogen med arbeidsgiver og andre kan delta på dialogmøtet når arbeidstakeren ønsker det

**NAV-kontoret skal:**

- innhente oppfølgingsplanen senest etter 12 uker, dersom arbeidstakeren fortsatt er sykmeldt . NAV-kontoret kan be om oppfølgingsplanen etter seks uker.
- tidligst mulig vurdere behov for virkemidler fra Arbeids- og velferdsetaten, også yrkesrettet attføring dersom det ikke er mulighet for bedriftsintern attføring. Denne muligheten skal vurderes på ny senest ved utløpet av sykepengeperioden, som er ett år.
- avholde et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver senest etter 6 måneders sykmelding, unntatt når det er åpenbart unødvendig. Lege eller annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig.

## VEDLEGG 2

### §4-2. *Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling*

(1) Arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal holdes løpende informert om systemer som nyttes til planlegging og gjennomføring av arbeidet. De skal gis nødvendig opplæring for å sette seg inn i systemene, og de skal medvirke til utformingen av dem.

(2) I utformingen av den enkeltes arbeidssituasjon skal:

- a) det legges til rette for at arbeidstaker gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom sitt arbeid,
- b) arbeidet organiseres og tilrettelegges under hensyn til den enkelte arbeidstakers arbeidsevne, kyndighet, alder og øvrige forutsetninger,
- c) det legges vekt på arbeidstakers mulighet til selvbestemmelse, innflytelse og faglig ansvar
- d) arbeidstaker så langt som mulig gis mulighet til variasjon og for å se sammenheng mellom enkeltoppgaver,
- e) det gis tilstrekkelig informasjon og opplæring slik at arbeidstaker er i stand til å utføre arbeidet når det skjer endringer som berører vedkommendes arbeidssituasjon

3) Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø

### §4-3. *Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet*

(1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.

(2) Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten.

(3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden.

(4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

### §4-4. *Krav til det fysiske arbeidsmiljøet*

(1) Fysiske arbeidsmiljøfaktorer som bygnings- og utstyrsmessige forhold, inneklime, lysforhold, støy, stråling o.l. skal være fullt forsvarlig ut fra hensynet til arbeidstakernes helse, miljø, sikkerhet og velferd.

(2) Arbeidsplassen skal innredes og utformes slik at arbeidstaker unngår uheldige fysiske belastninger. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til arbeidstakers disposisjon. Det skal legges til rette for variasjon i arbeidet og for å unngå tunge løft og ensformig gjentakelsesarbeid. Ved oppstilling og bruk av maskiner og annet arbeidsutstyr skal det sørges for at arbeidstaker ikke blir utsatt for uheldige belastninger ved vibrasjon, ubekvem arbeidsstilling o.l.



§ 4-6. *Særlig om tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne*

(1) Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l., skal arbeidsgiver, så langt det er mulig, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde eller få et passende arbeid. Arbeidstaker skal fortrinnsvis gis anledning til å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden, endringer i arbeidsutstyr, gjennomgått attføring e.l.

(2) Dersom det i medhold av første ledd er aktuelt å overføre en arbeidstaker til annet arbeid, skal arbeidstaker og arbeidstakers tillitsvalgte tas med på råd før saken avgjøres.

(3) Arbeidsgiver skal i samråd med arbeidstaker utarbeide oppfølgingsplan for tilbakeføring til arbeid i forbindelse med ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Arbeidet med oppfølgingsplan skal starte så tidlig som mulig, og planen skal være utarbeidet senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i seks uker. Oppfølgingsplanen skal inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Planen skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging.

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen tolv uker etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Dersom både arbeidsgiver og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker det, skal legen eller annen sykmeldende behandler delta i møtet, jf. folketrygdloven § 25-5 første ledd andre punktum. Arbeidsgiver skal gi skriftlig melding om dialogmøtet til Arbeids- og velferdsetaten. (Arbeidsmiljøloven – utdrag).

