

Forskningsrapport

Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?

**Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering,
kontroller og sanksjoner**

Forskere

Solveig Osborg Ose, Karin Dyrstad, Ingunn Brattlid, Rune Slettebak,
Heidi Jensberg, Roland Måndal, Jan Lippestad og Ivar Pettersen



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

Rapport

Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime?

Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner

EMNEORD:
Sykefravær
Oppfølging
Leger
BHT
NAV
Arbeidsgiver
Arbeidstaker
Helse
Arbeidsmiljø
Jobbmobilitet

VERSJON

Endelig Rapport

DATO

2013-04-15

FORSKERE:

Solveig Osborg Ose, Karin Dyrstad, Ingunn Brattlid, Rune Slettebak, Heidi Jensberg, Roland Mandal, Jan Lippestad og Ivar Pettersen

OPPDRAAGSGIVER

NAV FARVE

OPPDRAAGSGIVERS REF.

Niels Wulfsberg

PROSJEKTNR

60F078

ANTALL SIDER

297

SAMMENDRAG

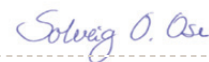
I denne rapporten går vi gjennom reglene rundt oppfølging av sykmeldte. Gjennom omfattende datainnsamling blant alle involverte aktører (arbeidstakere, arbeidsgivere, legen, NAV og bedriftshelsetjenesten) er vi i stand til å gi en helhetlig vurdering av dagens regelverk.

Vi konkluderer med at gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte er viktig for å sikre at mennesker som blir syke blir tatt godt vare på, og for at arbeidsgivere skal være trygg på hva de skal gjøre når noen av de ansatte blir syke. Men dagens regime rundt oppfølgingen av sykmeldte er for rigid og ressurskrevende og det er vanskelig å identifisere noen effekt på sykefraværet. Kunnskapsgrunnlaget bak dagens system er svakt og det er mange elementer i dagens system som ikke er godt nok fundert. Dialogmøter der både arbeidsgiver, arbeidstaker, lege og BHT deltar, synes for eksempel ikke som hensiktsmessig ressursbruk. Første møte bør heller avholdes mellom kun arbeidsgiver og arbeidstaker, og dersom det ikke kommer noe ut av dette møtet bør de kalle inn den eller de som kan bidra (BHT, NAV eller legen). Sortering av sykmeldingstilfellene inn i NAV er heller ikke hensiktsmessig, og det er stort forbedringspotensial for å lage et mer effektivt system der de riktige tilfellene prioriteres.

Systemet er ment å hindre at folk blir langtidssykmeldt og havner utenfor arbeidslivet, men insentivene som ligger i systemet ser i liten grad ut til å bidra til økt inkludering eller lavere frafall fra arbeidslivet. Det er heller motsatt. Stort fokus på å få redusert sykefraværet og strenge kontroller med tilhørende sanksjoner i oppfølgingsregimet, fører til at mange arbeidsgivere blir mer restriktive i forhold til hvem de ansetter.

UTARBEIDET AV

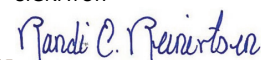
Forskningsleder Solveig O. Ose

SIGNATUR**KONTROLLERT AV**

Seniorforsker Marian Ådnanes

SIGNATUR**GODKJENT AV**

Forsknings sjef Randi E. Reinertsen

SIGNATUR**RAPPORTNR**

A24297

ISBN

978-82-14-05592-4

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

Prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd. SINTEF utarbeidet prosjektforslaget i 2010 etter at vi observerte at det ble brukt mye ressurser på oppfølging av sykmeldte og vi mente at det var nødvendig å undersøke om dette var effektiv ressursbruk. I juni 2011 kom en ytterligere innstramming i oppfølgingsreglene og ressursbruken økte ytterligere. Vurderingen av ressursbruken og hvilke effekter oppfølgingsarbeidet gav, ble da enda viktigere. Prosjektet har utviklet seg til å bli en grundig gjennomgang og vurdering av systemet rundt oppfølging av sykmeldte som myndighetene og partene har blitt enig om.


Store datamengder innsamlet blant mange aktører har lagt grunnlaget for analysene som er gjort. Takk til alle som har stilt opp på intervju (sykmeldte, arbeidsgivere, tillitsvalgte, verneombud, ledere på ulike nivå, leger, NAV-ansatte og -ledere, ansatte og ledere ved bedriftshelsetjenester, myndigheter sentralt og lokalt) og de flere tusen som har fylt ut våre spørreskjema rettet mot virksomheter, NAV Arbeidslivssenter, leger og bedriftshelsetjenester.

For å samle inn dette datagrunnlaget, har vi som vanlig brukt Sentio Research Group i Trondheim og de har som vanlig gjort en svært god jobb for oss. Vår kontaktperson, Roar Håskjold, har knapt en arbeidsdag uten en eller flere eposter eller telefoner fra vår forskningsgruppe og han fortjener en stor takk for grundighet, profesjonalitet, leveransedyktighet og ikke minst tålmodighet.

SSB har også levert data i forbindelse med dette prosjektet, takk til Unn H Høydahl og Liv-Reidun Sletmoen. Takk også til Helfo for adresselister til alle legene slik at vi kunne sende de spørreskjema og til Legeforeningen for innspill til spørreskjemaet til legene. Arbeids- og velferdsdirektoratet har gitt oss epostlister til alle ledere og rådgivere ved NAV Arbeidslivssenter og de har også gitt gode og raske svar på andre spørsmål vi har hatt gjennom hele prosjektperioden.

Til slutt, takk til styringsgruppa vår som har bestått av seniorrådgiver Kari Paulsen i Arbeids- og velferdsdirektoratet, avdelingsdirektør Hilde Korsnes i NAV Arbeidslivssenter Sør-Trøndelag og avdelingsdirektør i NAV Arbeidslivssenter Magnar Deila. Takk også til referansegruppa som har bestått av teamleder Linn Marit Remmen ved NAV Midtbyen i Trondheim, teamleder Gerd Kjeldseth Myrhaug ved NAV Østbyen i Trondheim, rådgiver Jenn-Karin Skramstad og Lise Norem ved NAV Arbeidslivssenter Buskerud, leder Bente Jansen i NAV Ringerike og teamleder Saadi Sherwany i NAV Drammen.

Solveig Osborg Ose



prosjektleder

Trondheim, 15. april 2013

Innhold i rapporten

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG, DISKUSJON OG KONKLUSJONER | 9 |
| 1 INNLEDNING | 31 |
| 1.1 HOVEDMÅL MED PROSJEKTET | 31 |
| 1.2 ELEMENTER I SYKEFRAVÆRSOPPFØLGINGEN SOM DEKKES AV VURDERINGEN | 31 |
| 1.3 HVORDAN VURDERE EFFEKT AV REGLENE FOR OPPFØLGING AV SYKMELDTE? | 32 |
| 1.4 AVGRENSNINGER | 33 |
| 1.5 METODE OG DATAGRUNNLAG | 33 |
| 1.6 GODKJENNINGER | 33 |
| 2 REGELVERK OG KUNNSKAPSBAGGRUNN | 35 |
| 2.1 BAKGRUNN FOR DAGENS OPPFØLGINGSREGIME | 35 |
| 2.2 REGLER FOR OPPFØLGING AV SYKMELDTE | 35 |
| 2.2.1 OPPFØLGINGSPLANER OG DIALOGMØTER | 36 |
| 2.2.2 ARBEIDSGIVERS TILRETTELEGGINGSPLIKT | 36 |
| 2.2.3 ARBEIDSTAKERS MEDVIRKNINGSPLIKT | 38 |
| 2.3 OPPFØLGING, GRADERING OG TILRETTELEGGING – TIDLIGERE FORSKNING | 39 |
| 2.3.1 TILRETTELEGGINGSPLIKT OG MEDVIRKNINGSPLIKT | 39 |
| 2.3.2 DIALOGMØTER | 40 |
| 2.3.3 LEGER PÅ DIALOGMØTE | 41 |
| 2.3.4 VÅRE TIDLIGERE FUNN OG KONKLUSJONER | 41 |
| 2.4 OPPSUMMERT | 48 |
| 3 ARBEIDSTAKERS ERFARINGER | 49 |
| 3.1 TIDLIGERE FORSKNING | 49 |
| 3.1.1 INNLEDNING | 49 |
| 3.1.2 HOLDNINGER TIL SYKEFRAVÆR | 50 |
| 3.1.3 Å VÆRE SYK | 56 |
| 3.1.4 TILBAKE I ARBEID | 58 |
| 3.1.5 SYKEFRAVÆR OG ANDRE FORHOLD | 60 |
| 3.2 SYKMELDTES ERFARINGER I OPPFØLGINGSARBEIDET | 61 |
| 3.2.1 PROBLEMSTILLINGER | 61 |
| 3.2.2 METODE, DATAINNSAMLING OG UTVALG | 61 |
| 3.2.3 PRESENTASJON AV DE SYKMELDTE | 63 |
| 3.2.4 ERFARINGER MED OPPFØLGINGSPLANER OG DIALOGMØTER | 68 |
| 3.2.5 VERDIEN AV Å KUNNE FORUTSE OG PLANLEGGE ET SYKEFRAVÆRSFORLØP | 71 |
| 3.2.6 FORHOLDET TIL LEDER | 72 |
| 3.2.7 ÅPENHET OMKRING EGEN HELSE | 73 |
| 3.2.8 NAVS ROLLE I DISSE LANGTIDSSYKMELDINGENE | 74 |
| 3.3 TILLITSVALGTE OG VERNEOMBUD | 78 |
| 3.3.1 METODE, DATAINNSAMLING OG UTVALG | 78 |
| 3.3.2 HVOR MYE DELTAR TILLITSVALGT OG VERNEOMBUD I OPPFØLGINGEN AV SYKMELDTE? | 80 |
| 3.3.3 HVOR NYTTIG MENER REPRESENTANTER FOR DE ANSATTE AT OPPFØLGINGSARBEIDET ER? | 83 |
| 3.3.4 SYKEFRAVÆRSRUTINER OG HMS | 85 |
| 3.4 OPPSUMMERING | 86 |

| | | |
|------------|--|------------|
| 4 | ARBEIDSGIVERNES ERFARINGER | 89 |
| 4.1 | TIDLIGERE FORSKNING | 89 |
| 4.1.1 | ARBEIDSGIVERS ROLLE OG SYN PÅ SYKMELDING | 89 |
| 4.1.2 | BETYDNINGEN AV KOLLEGER OG FORHOLD PÅ ARBEIDSPLASSEN | 91 |
| 4.2 | METODE, DATAINNSAMLING OG UTVALG | 92 |
| 4.2.1 | KVALITATIVT DATAGRUNNLAG | 92 |
| 4.2.2 | SPØRREUNDERSØKELSE TIL 4 000 TILFELDIG VALGTE IA-VIRKSOMHETER | 92 |
| 4.2.3 | SPØRREUNDERSØKELSE TIL 10 000 TILFELDIG VALGTE VIRKSOMHETER | 94 |
| 4.3 | ERFARINGER MED OPPFØLGINGEN AV SYKMELDTE | 98 |
| 4.3.2 | OPPFØLGINGSPLAN INNEN 4 UKER | 100 |
| 4.3.3 | SENDE OPPFØLGINGSPLAN TIL LEGE | 108 |
| 4.3.4 | DIALOGMØTE INNEN SJU UKER | 113 |
| 4.3.5 | LEGENS DELTAKELSE PÅ DIALOGMØTE 1 | 118 |
| 4.3.6 | BHT SKAL DELTA PÅ DIALOGMØTE 1 | 122 |
| 4.3.7 | INNSENDING TIL NAV INNEN NI UKER | 124 |
| 4.3.8 | HVEM LESER DET SOM RAPPORTERES, HVA SKJER VIDERE | 128 |
| 4.3.9 | DELTAKELSE PÅ DIALOGMØTE ARRANGERT AV NAV ETTER SENEST 26 UKER | 129 |
| 4.3.10 | SANKSJONER FRA NAV MOT ARBEIDSGIVER | 131 |
| 4.3.11 | OVERORDNEDE KONSEKVENSER AV OPPFØLGINGSREGIMET | 133 |
| 4.4 | OPPSUMMERING | 135 |
| 5 | LEGENES ERFARINGER | 137 |
| 5.1 | INNLEDNING | 137 |
| 5.2 | TIDLIGERE FORSKNING | 143 |
| 5.2.1 | LEGENS ROLLE SOM SYKMELDER | 143 |
| 5.2.2 | BETYDNINGEN AV REGELENDRINGER OG OPPLÆRING | 148 |
| 5.2.3 | HOLDNINGER TIL SYKMELDINGSARBEIDET | 153 |
| 5.2.4 | SAMARBEID MED ANDRE AKTØRER | 156 |
| 5.2.5 | OPPSUMMERING AV TIDLIGERE FORSKNING | 159 |
| 5.3 | METODE, DATAINNSAMLING OG UTVALG | 159 |
| 5.4 | FORSTÅELSE AV EGEN ROLLE | 163 |
| 5.5 | SAMARBEID RUNDT OPPFØLGINGEN AV SYKMELDTE | 166 |
| 5.5.1 | SAMARBEID MED ARBEIDSGIVERE | 166 |
| 5.5.2 | SAMARBEID MED NAV | 169 |
| 5.6 | TIDSBRUK I SYKMELDINGSARBEIDET | 170 |
| 5.7 | OPPFØLGINGSPLAN | 171 |
| 5.8 | DIALOGMØTENE | 173 |
| 5.8.1 | DIALOGMØTE 1 | 173 |
| 5.8.2 | DIALOGMØTE 2 | 174 |
| 5.8.3 | DIALOGMØTE 3 | 175 |
| 5.8.4 | HVILKET DIALOGMØTE ER VIKTIGST? | 176 |
| 5.8.5 | DE ANDRE AKTØRENE PÅ DIALOGMØTE | 176 |
| 5.8.6 | INNKALLINGSRUTINER | 177 |
| 5.8.7 | TAUSHETSPLIKT PÅ DIALOGMØTENE | 177 |
| 5.9 | OPPSUMMERING | 178 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6 | BEDRIFTSHELSETJENESTENES ERFARINGER | 181 |
| 6.1 | ANTALL, TYPE OG LOKALISERING AV BHT-ER I NORGE | 181 |
| 6.2 | EN TJENESTE I ENDRING | 183 |
| 6.3 | BHT SIN ROLLE I SYKEFRAVÆRSARBEIDET | 184 |
| 6.4 | TIDLIGERE FORSKNING | 185 |
| 6.4.1 | KVALITET OG ENDRINGER I BEDRIFTSHELSETJENESTEN | 186 |
| 6.4.2 | KOMMUNIKASJON MELLOM BEDRIFTSLEGEN OG BEHANDLENDE LEGE | 187 |
| 6.4.3 | EFFEKTEN AV FOREBYGGING OG TIDLIG INTERVENSJON | 187 |
| 6.4.4 | OPPSUMMERING | 188 |
| 6.5 | METODE, DATAINNSAMLING OG UTVALG | 188 |
| 6.5.1 | REPRESENTATIVITET SPØRREUNDERSØKELSE | 189 |
| 6.5.2 | RESPONDENTENE | 189 |
| 6.5.3 | TYPE ORDNING OG KUNDESAMMENSETNING | 192 |
| 6.5.4 | KOMPETANSESAMMENSETNING I BHT-ENE | 194 |
| 6.5.5 | KONKURRANSEFORHOLD I BHT-MARKEDET | 196 |
| 6.5.6 | HVA ETTERSPØR VIRKSOMHETENE? | 197 |
| 6.5.7 | BESTILLERKOMPETANSE OG UTFORDRINGER MED Å FÅ JOBBET SYSTEMATISK | 198 |
| 6.6 | NYTTEN AV AT BHT DELTAR I DIALOGMØTER | 198 |
| 6.6.1 | BIDRAR MED KUNNSKAP OM REGELVERK OG PROSEDYRER | 198 |
| 6.6.2 | AVKLARINGER SKJER I DIALOGMØTE 1 | 200 |
| 6.6.3 | SE TILRETTELEGGINGSMULIGHETER | 201 |
| 6.6.4 | BHT BIDRAR TIL ØKT BRUK AV GRADERT SYKMELDING | 201 |
| 6.6.5 | BIDRAR TIL ØKT KONTAKT MELLOM AKTØRENE | 202 |
| 6.6.6 | KVALITETSSIKRING AV OPPFØLGINGENE OG Å KOMME TIDLIG INN | 204 |
| 6.6.7 | LEGEN PÅ DIALOGMØTE 1 | 205 |
| 6.6.8 | BIDRA I DIALOG MED LEGEN | 206 |
| 6.6.9 | LEGEN TRENGER INFORMASJON OM TILRETTELEGGINGSMULIGHETER | 207 |
| 6.6.10 | MULIGHETER FOR Å SELGE SEG INN VIA DIALOGMØTE 1 | 208 |
| 6.6.11 | KAN BHT VÆRE KRITISK MOT LEDEREN I OPPFØLGINGEN AV SYKMELDTE? | 208 |
| 6.6.12 | BISTAND I UTARBEIDING AV OPPFØLGINGSPLANER OG RAPPORTERING TIL NAV | 209 |
| 6.6.13 | KANSKJE IKKE SÅ NYTTIG? | 211 |
| 6.7 | KUNNE RESSURSENE BLITT BRUKT BEDRE? | 212 |
| 6.8 | OPPSUMMERING | 213 |
| 7 | ERFARINGER FRA NAV | 217 |
| 7.1 | INNLEDNING | 217 |
| 7.2 | TIDLIGERE FORSKNING | 217 |
| 7.3 | METODE, DATAINNSAMLING OG UTVALG | 219 |
| 7.4 | NAV SIN ROLLE I SYKEFRAVÆRSARBEIDET | 220 |
| 7.4.1 | ORGANISERING AV LOKALE NAV-KONTOR | 221 |
| 7.4.2 | ETABLERING AV KONTAKTSENTER I NAV | 222 |
| 7.4.3 | SPECIALIST ELLER GENERALIST? | 222 |
| 7.4.4 | ORGANISERINGEN AV SYKEFRAVÆRSOPPFØLGINGEN VED NAV-KONTORENE | 223 |
| 7.4.5 | VIRKSOMHETSORGANISERING VERSUS ORGANISERING ETTER FØDSELSDATO | 224 |
| 7.5 | ARBEIDSRETTET SYKEFRAVÆRSOPPFØLGING: RUTINER OG PRAKSIS | 225 |
| 7.5.1 | TIDLIGERE INN ENN ÅTTE UKER KUN NÅR NOEN BER OM DET | 227 |

| | | |
|--|--|------------|
| 7.5.2 | VURDERING AV ÅTTE UKERS AKTIVITETSPLIKT – VANLIGVIS FØRSTE VURDERING AV SYKMELDINGEN | 228 |
| 7.5.3 | MELLOM ÅTTE UKER OG 26 UKER – TILGJENGELIGE TILTAK | 239 |
| 7.5.4 | 9-UKERS RAPPORTERING TIL NAV | 241 |
| 7.5.5 | DIALOGMØTE 2 | 244 |
| 7.5.6 | DIALOGMØTE 3 | 253 |
| 7.6 | ANDRE UTFORDRINGER I DAGENS SYSTEM | 253 |
| 7.6.1 | SYKMELDTE UTEN ARBEIDSGIVER | 253 |
| 7.6.2 | FOR LAV BEMANNING TIL Å LØSE OPPGAVENE OG NAV KOMMER FOR SENT INN | 254 |
| 7.6.3 | EFFEKT AV MÅLEKORT | 255 |
| 7.6.4 | ARBEIDSEVNEVURDERING GJØRES FOR SENT | 256 |
| 7.6.5 | FANGES I SYKEPENGEYTELSEN? | 257 |
| 7.7 | SAMARBEID MELLOM LEGER OG NAV | 258 |
| 7.8 | OPPSUMMERING | 261 |
| REFERANSER | | 265 |
| SUMMARY, DISCUSSION AND CONCLUSIONS | | 277 |

Sammendrag, diskusjon og konklusjoner

I denne rapporten undersøker vi hvordan systemet rundt oppfølging av sykmeldte fungerer. Viktige elementer i dagens oppfølgingsregime er oppfølgingsplaner, dialogmøter, aktivitetskrav, rapportering, kontroll og sanksjoner.

Det er forskjell på å undersøke effekten av et system og å undersøke funksjonaliteten av et system. Om man skal undersøke effekten, bør man ha kontrollerte forsøk eller andre metoder for å måle faktiske effekter på bestemte utfallsmål. Dette må settes i gang før et tiltak implementeres i full skala. Myndighetene og partene i arbeidslivet (alle arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene) valgte å ikke sette i gang slike forsøk før systemet ble innført, og det er derfor umulig å teste hvilken *effekt* de ulike elementene i sykefraværsoppfølgingen har på sykefraværet. Etter at et system er innført, kan man likevel, gjennom en bred datainnsamling og ulike analyser, undersøke hvordan systemet *fungerer*. Det er det vi gjør i dette prosjektet, og vi skal besvare følgende hovedproblemstilling:

Er de ulike elementene i systemet for oppfølging av sykmeldte fornuftige, og kan man sannsynliggjøre en effekt på sykefraværet?

Hovedelementene i dagens system for oppfølging av sykmeldte, som vi undersøker i denne rapporten, inkluderer følgende krav og plikter:

- At arbeidsgiver i samarbeid med arbeidstaker skal utarbeide oppfølgingsplan senest innen fire ukers sykmelding
- At oppfølgingsplanen alltid skal sendes til sykmelder (vanligvis fastlegen)
- Hvis arbeidstakeren har vært sykmeldt helt eller delvis i sju uker, skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte (dialogmøte 1, DM1)
- Sykmelder skal delta i DM1, med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses som hensiktsmessig
- Bedriftshelsetjenesten skal være representert i DM1
- Oppfølgingsplanen skal oppdateres i DM1
- Innen ni uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplanen til NAV, sammen med rapporteringsskjema med informasjon om oppfølgingsarbeidet
- NAV-kontoret skal innkalle til dialogmøte 2 (DM2) senest innen 26 uker sykmelding. Både arbeidstaker og arbeidsgiver er pliktig til å delta, sykmelder eller annet helsepersonell skal delta hvis NAV mener (jf loven) det er hensiktsmessig
- Hvis arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder eller NAV mener det er behov for det, skal DM2 framskyndes
- Det er mulig å be om dialogmøte 3
- NAV skal følge opp med sanksjoner overfor de som ikke følger opp sitt ansvar i oppfølgingsarbeidet, både overfor arbeidsgivere, arbeidstakere og leger
- Oppfølgingspliktene gjelder uavhengig av om arbeidstaker er helt eller delvis sykmeldt

Hvis pliktene ikke overholdes, vil arbeidsgiver kunne ilegges overtredelsesgebyr tilsvarende seks rettsgebyr (5 160 kroner pr. 1.7.2011) for hvert pliktbrudd. Arbeidstaker risikerer stans i

sykepengene, mens sykmelder risikerer å bli ilagt et overtredelsesgebyr tilsvarende 12 rettsgebyr (10 320 kroner pr. 1.7.2011) ved manglende oppmøte på minst 7 dialogmøter i løpet av en periode på 24 måneder. Sykmelder risikerer også å miste retten til å skrive sykmeldinger. Det sendes forhåndsvarsel før NAV eventuelt iverksetter sanksjoner.

Datagrunnlag og metode

For å undersøke hvor godt et system fungerer er det nødvendig å få innspill fra alle aktørene som er omfattet av systemet. Oppfølging av sykmeldte involverer følgende aktører:

- Arbeidstaker/sykmeldt
- Arbeidsgiver/leder
- Sykmelder (vanligvis fastlegen)
- Bedriftshelsetjenesten
- NAV

Disse aktørene har ulike roller, krav og plikter i dagens oppfølgingsregime. Vi har gjennom flere år gjennomført flere hundre intervjuer med disse og andre aktører, noe som gir oss et svært solid grunnlag for å svare på alle problemstillingene i dette prosjektet. Vi har også gjennomført store nasjonale kartlegginger blant arbeidsgivere, arbeidstakere, leger, bedriftshelsetjenester og i deler av NAV. Alle intervju er tatt opp på digitale opptakere og er blitt transkribert i etterkant. Det foreligger mange tusen sider med transkriberte intervjuer fra ulike respondenter, og gjennom en unik metode fullkoder vi alle intervjuene, slik at vi har kunnet gjøre grundige analyser av det innsamlede datamaterialet.

Vi har gjennomført intervju med:

- Sykmeldte (dybdeintervju med 18 langtidssykmeldte)
- Tillitsvalgte/verneombud (enkeltintervju med 20 tillitsvalgte og 20 verneombud)
- Arbeidsgivere/ledere (enkeltintervju med 40 ledere)
- Bedriftshelsetjenester (BHT) (Intervju i 10 BHT-er)
- NAV ALS og NAV lokalt (enkeltintervju med ledere og fokusgruppeintervju med rådgivere i 6 NAV Arbeidslivssenter og enkeltintervju med 21 veiledere i seks ulike NAV-kontor)
- Leger (10)

Svar på spørreskjema fra:

- Virksomheter (N=4 000)
- Leger (N=1 466)
- BHT (N=190)
- NAV ALS (N=338 rådgivere, alle avdelingsdirektører)

For at denne typen prosjekter skal ha en verdi ut over sine egne rammer, må de settes i sammenheng med og bygge videre på tidligere forskning. Vi har samlet erfaringene fra hver av de fem aktørene og gitt dem hvert sitt kapittel. For hvert kapittel har vi gått grundig inn i både nasjonal og internasjonal litteratur og laget en oppsummering av tidligere forskning. Dette har så dannet utgangspunktet for det arbeidet vi har gjort med å fremskaffe ny forskningskunnskap.

Gruppe for arbeid og helse er forskningsgruppa bak denne rapporten. Vi er en tverrfaglig forskningsgruppe som består av samfunnsøkonomer, statsvitere, sosiologer, pedagoger og forskere med helsefaglig bakgrunn (en lege og en sykepleier). Metodene som brukes er alt fra dybdeintervju til omfattende registerdataanalyser. I dette prosjektet finnes svarene i liten grad i eksisterende datakilder, og en stor del av prosjektet har dermed bestått av datainnsamlinger. For å få mest mulig oppdaterte erfaringer har intervjuene pågått helt frem til avslutningen av prosjektet. Den siste omfattende datainnsamlingen ble gjort rett før påsken 2013, der 10 000 virksomheter ble bedt om å svare på spørsmål om erfaringer med reglene for oppfølging av sykmeldte og annet.

Prosjektet er godkjent av REK (2011/2045/REK midt) og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (nr 27830 og 27896).

De ulike aktørenes roller i oppfølgingsregimet – funn

Arbeidstaker

Generelt finner vi at arbeidstakerne er fornøyd med at det er fokus på gode rutiner og system rundt oppfølging av sykmeldte. Oppfølgingsplaner og dialogmøter anses for å være gode virkemidler for å sikre at ansatte som blir sykmeldt følges opp av arbeidsgiver. Det som oppleves som negativt, er mye av det samme som arbeidsgiverne opplever som negativt; kompliserte regler i et byråkratisk system, preget av rapportering, kontroller og trusler. Gjennom dybdeintervjuer med langtidssykmeldte kommer det opp en del elementer som arbeidsgivere, NAV, legene og BHT bør være oppmerksomme på. Vi finner tydelig at lederens rolle og adferd i oppfølgingsarbeidet kan være avgjørende for utfallet i mange tilfeller.

Den kanskje viktigste innsikten vi sitter igjen med etter å ha gjennomført intervjuer med de langtidssykmeldte, er hvor unike de ulike sykmeldingstilfellene er. Vi tenker ikke da nødvendigvis på det at noen er fornøyd med leder og andre er misfornøyd, men mer på selve forløpet, rekkefølgen og kombinasjonen av ulike hendelser; *når* ting skjer og *hvem* som faktisk har vært involvert på ulike tidspunkt. Her finner vi store variasjoner. Vi innså derfor raskt at vår søken etter fellestrekk på tvers av de ulike sykefraværforløpene ble krevende. Samtidig er det en helt grunnleggende målsetting med denne typen kvalitative data at de skal gi et innblikk i den bredde og dybde og de nyanser som finnes på et område. Vi håper vi har lyktes med å få frem den variasjonen og kompleksiteten som preger en del langtidssykmeldinger, der en rekke ulike aktører og hendelser er med og påvirker sluttutfallet.

Fra intervjuene ser vi at det å gjennomføre oppfølgingspunktene i seg selv i mange situasjoner ikke er tilstrekkelig for at sykmeldte skal komme tilbake i jobb. Mens det å følge reglene vil være til hjelp i noen tilfeller (gjennom å klargjøre forventninger, planlegge et videre løp og skape forutsigbarhet både hos arbeidsgiver og hos den sykmeldte), viser intervjuene også at enkelte har opplevd dialogmøtene som en tilleggsbelastning. Budskapet må derfor være at det er viktig å ha fleksibilitet i praktiseringen av regelverket. I forlengelsen av dette er det også grunn til å fremheve at gjennomføring av flest mulig dialogmøter ikke må bli en for dominerende målsetting på nasjonalt nivå. Det er langt viktigere å finne ut mer om hva den formidable ressursinnsatsen som dagens

system medfører – gjennom utarbeiding av oppfølgingsplaner og bred deltakelse i dialogmøter – faktisk skaper av resultater.

Blant informantene våre er det enkelte som ikke har vært flinke nok til å ta tak i og "varsle fra" (til lege og arbeidsgiver) om begynnende helseplager på et tidlig tidspunkt, noe som har ført til at tilbakeføring til opprinnelig jobb ble vanskelig, for ikke å si umulig. I verste fall kan for sen intervensjon (medisinsk og/eller arbeidsmessig) føre til at man havner utenfor arbeidslivet permanent. Arbeidstakere har et ansvar for å si fra så tidlig som mulig, og arbeidsgiver har et ansvar for å legge til rette og følge opp. Selv om en del sykdommer kommer så brått på at det vil være umulig å planlegge noe som helst, vil det i andre tilfeller være mulig å forutse en sykmelding. Intervjuene har vist at i de tilfellene der det har vært snakk om en planlagt operasjon (f.eks. kreft), har oppfølgingen fulgt en ganske annen mal enn i tilfeller der behovet for sykmelding har kommet mer brått på. Når årsaken til sykmeldingen er kjent og det allerede på et tidlig stadium er lagt et løp for (eventuell) medisinsk behandling, ser det også ut til at de standardiserte oppfølgingspunktene innenfor dagens oppfølgingsmodell langt på vei blir overflødige.

Tillitsvalgte og verneombud er i liten grad involvert i arbeidet med sykefraværsoppfølging på individnivå. De er ikke opplagte aktører i oppfølgingen av enkeltansatte, men de forteller at de kan bli koblet inn i vanskelige enkeltsaker, der sykefraværssituasjonen har utartet seg til en konflikt. Respondentene våre (80 prosent er tillitsvalgte og resten stort sett verneombud) ser ut til å være mer involvert i generelle diskusjoner om sykefravær og oppfølgingsarbeid i virksomheten. I utvalget vårt er hovedtillitsvalgte og hovedverneombud i mye større grad involvert i dette enn de plasstillitsvalgte og de lokale verneombudene. De fleste har likevel en formening om oppfølgingsplaner og dialogmøter. Over 80 prosent av respondentene mener at oppfølgingsplanen som verktøy er viktig for at sykmeldte skal kunne vende raskt tilbake til jobb. De er mer skeptisk til dialogmøtene, og trekker her særlig frem at det kan oppleves som stress og press på syke personer, og at det tar mye ressurser fra ledelsen. Generelt formidler nær alle respondentene at det er viktig og bra at folk som blir syke følges opp av arbeidsgiveren.

Selve sykmeldingsforløpet påvirkes altså av en rekke ulike faktorer, som for eksempel arbeidsgivers innsats i oppfølgingsarbeidet, jobbtrivsel, arbeidsmiljø, behandlingsforløp (og hvor vellykket behandlingen er), og ikke minst den ansattes egen motivasjon. Samspillet mellom disse faktorene vil sannsynligvis ha stor betydning for varigheten og utfallet av et sykefraværsforløp generelt. Vi har også intervjuet sykmeldte i andre prosjekt, delvis om samme tema, og dette er helt klart et bilde som vi nå kan si begynner å bli veldig tydelig. Det er behov for en mer kvantitativt orientert kartlegging av sykmeldtes opplevelser, og dette er vi i gang med i andre prosjekt.

Konklusjonen i forhold til arbeidstakerne er at systematisk og tidlig oppfølging er viktig for ansatte som blir sykmeldt. Oppfølgingsplaner og dialogmøter på arbeidsplassen oppleves som positivt, men ansatte er mer negativ til byråkratiet rundt oppfølgingen og ressursene arbeidsgiveren må bruke på dette.

Arbeidsgiver

Arbeidsgiverne ser generelt stor nytte av å ha gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte, men de virksomhetene som har få ansatte, lite sykefravær og tett kontakt med arbeidstakerne mener de har mindre behov for formelle system og rutiner.

Mange arbeidsgivere opplever at dagens oppfølgingsregime inneholder elementer som ikke er viktig eller nyttig, og at de pålegges større ansvar og plikter enn det som er rimelig. Få arbeidsplasser har økonomiske rammer til å bruke ubegrenset med ressurser på å holde folk i arbeid.

Sett fra virksomhetene sin side er det å utarbeide oppfølgingsplan innen fire ukers varighet på sykmeldingen en fornuftig regel. Noen ledere gir uttrykk for at de helst vil slippe å følge opp sykmeldte i det hele tatt, men de aller fleste ledere mener dette er en viktig del av deres personalansvar. For å sikre at alle sykmeldte blir tatt vare på og prioritert av sin arbeidsgiver, bør utarbeiding av oppfølgingsplanen være obligatorisk og lovbestemt i arbeidsmiljøloven som i dag. To av tre ledere ser ut til å være enig i dette.

De fleste arbeidsgivere og arbeidstakere har godt utbytte av å utarbeide oppfølgingsplanen – og det forplikter begge parter. Oppfølgingsplanene bør likevel forenkles, slik at det ikke tar uforholdsmessig lang tid å skrive dem, og de bør kanskje i større grad bli et dynamisk dokument. Oppfølgingsplanen bør fortsatt sendes til legen, arbeidsgiverne har ikke særlige motforestillinger mot dette, men de er usikre på hvorvidt legen leser planene de sender.

Å avholde dialogmøte er ressurskrevende dersom arbeidsgiverne skal kalle inn både bedriftshelsetjenesten (BHT) og legen. Mange arbeidsgivere mener det er nyttig at legen deltar på dialogmøter. Begrunnelsen er ofte at legen bør delta for å lære om tilretteleggingsmulighetene i virksomheten. En stor andel av virksomhetene spør ikke den ansatte om de ønsker at lege/sykmelder skal innkalles til dialogmøte. At BHT skal delta fast på dialogmøtet på arbeidsplassen senest innen syv ukers sykmelding oppleves ikke av alle som en riktig prioritering. Det er også mange ledere som ikke kaller inn BHT fordi BHT i mange tilfeller ikke oppleves å være viktig. Det er ikke knyttet sanksjoner til BHT sin deltakelse i dialogmøtet, og mange har funnet ut at det heller ikke er noen som spør om BHT deltar. De unnlater derfor å kalle inn BHT og bruker dem heller når det er behov for det. Det er ikke grunnlag for å si at BHT sin deltakelse er så viktig at det skal være lovbestemt å ha med BHT på møtet.

Dialogmøte 2 i regi av NAV oppleves som viktig for mange arbeidsgivere, men mange arbeidsgivere mener at dette er et for sent tidspunkt for NAV å bli involvert på.

Det er stor motstand mot rapporteringen som gjøres i uke ni til NAV. Selv om mange opplever at det er fornuftig å sende oppfølgingsplanen til NAV, er det få som har noe positivt å si om rapporteringen etter ni uker. Færre enn hver femte leder svarer at rapporteringen etter ni ukers sykmelding fungerer godt (mars 2013). Det var altså ikke bare innkjøringsproblemer i 2012 som var utfordrende, men også selve rapporteringen. Selv om mange arbeidsgivere synes det er greit at de som følger opp kan få sanksjoner mot seg, har reglene og regimet rundt oppfølging av sykmeldte større konsekvenser. NAV har rollen som kontrollør av at arbeidsgiverne gjør det de skal i henhold til regelverket når folk blir sykmeldt, men de har også en viktig rolle i det større integreringsarbeidet. Da skal arbeidsgiverne være en viktig samarbeidspart. Mange arbeidsgivere opplever ikke NAV som en samarbeidspart i dag, og dette reduserer mulighetene for at arbeidsgiverne er positive til inkluderingsarbeidet. 43 prosent

av lederne i et utvalg på 850 virksomheter sier at reglene rundt oppfølging av sykmeldte har ført til at de har blitt mer restriktive på hvem de ansetter. Arbeidsgivernes holdning og innstilling vil være avgjørende for å få til et inkluderende arbeidsliv. Dette er hovedargumentet for at reglene for oppfølging av sykmeldte, og fokuset på sykefravær, bør endres.

Legen

Funnene våre tyder på at legene oppfatter seg selv som en sentral aktør i sykmeldingsarbeidet og godt over halvparten av legene mener de har en god dialog med arbeidsgiverne til pasientene og at dialogen har blitt bedre de siste årene. To av tre leger mener samarbeidet med NAV fungerer godt, mens litt over halvparten mener det er for mye kontroll og dokumentasjon fra NAV knyttet til sykmeldinger.

Som vi diskuterer flere steder i denne rapporten er ikke alle sykefraværstilfeller like, og dette ser også legene. Dermed ønsker mange leger rom til å kunne lage mer individuelle oppfølgingsløp, der noen sykmeldte følges opp tettere enn andre. Et lite flertall mener også at de burde ha større tyngde i forhold til NAV og arbeidsgiver. Samarbeidet med de andre aktørene i sykmeldingsarbeidet vurderes gjennomgående som godt.

Ser vi på de konkrete elementene i det lovpålagte sykefraværarbeidet er det ikke alt som vurderes som nyttig eller nødvendig. Kun et mindretall av legene oppgir at de benytter de tilsendte oppfølgingsplanene. Når det gjelder dialogmøtene, peker dialogmøte 2 seg klart ut som det viktigste fra legenes ståsted. Dialogmøtene vurderes gjerne som nyttige i noen tilfeller, noe som igjen peker mot behovet for økt differensiering av sykmeldingstilfellene.

Over 70 prosent av legene sier at oppgaven som sykmelder stadig tar mer av arbeidstiden. Med implementering av Samhandlingsreformen pålegges kommunene nye oppgaver, og de får ansvaret for nye grupper pasienter med omfattende medisinske behov. Kommunene skal forebygge mer og behandle tidligere, for å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Det blir også en stadig større andel eldre i befolkningen, og disse har i større grad bruk for helsetjenester enn yngre innbyggere. Dette innebærer økt innsats fra allmennlegene i kommunene, altså fastlegene. Man kan ikke forvente at legene samtidig skal bruke mye av sin tid på arbeidsgiverne til de sykmeldte. Legene bruker allerede mye tid på å dokumentere medisinske forhold i sykmeldingssaker, uten at dette har noen særlig effekt på sykefraværet. De går fortsatt på dialogmøter som oppleves som lite nyttig, og som fører til at de har mindre tid til gamle og syke pasienter. Det må komme en bedre seleksjon på hvilke møter legen skal delta på, og det bør være et lite antall. Vi foreslår at dialogmøte 1 skal foregå uten legen, NAV eller BHT, men at dialogmøte 2 skal fremskyndes dersom det ikke kommer noe klart ut av dialogmøte 1. Man må da invitere inn den aktøren som man forventer skal kunne bidra med noe fornuftig, enten BHT, NAV eller legen.

Bedriftshelsetjenesten

Det vil i mange tilfeller være nyttig å ha bedriftshelsetjenesten med på dialogmøter, kanskje også på dialogmøte 2 med NAV. NAV og BHT har ingen felles arena, og dermed svært lite samarbeid. Samarbeid mellom de ulike aktørene faller utenfor dette prosjektet, men det er mulig at NAV og BHT har potensiale for økt samarbeid, ikke bare i sykefraværarbeidet, men også i forhold til inkludering

og seniorarbeid. Vi observerer også at NAV-veilederne sliter med saker der det er konflikt mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og dette er typiske tilfeller der NAV bør henvise til bedriftshelsetjenesten (dersom virksomheten er tilknyttet en BHT-leverandør). BHT-ene har ofte høy kompetanse på konflikthåndtering, men mange NAV-veiledere vet ikke helt hva BHT-ene kan bidra med. Ofte vet heller ikke arbeidsgiverne at BHT har slik kompetanse.

Det er stor variasjon når det gjelder BHT-enes deltakelse i dialogmøte 1. I noen tilfeller er det svært viktig at de er med, i andre tilfeller helt unyttig. Om vi forsøker å oppsummere i hvilke tilfeller BHT mener det er særlig viktig at de deltar på dialogmøte (og i oppfølgingen generelt) er dette følgende saker:

- Der arbeidsgiver og/eller arbeidstaker har lite kunnskap om regelverk og prosedyrer
- Der arbeidsgiver og arbeidstaker ikke ser tilretteleggingsmuligheter selv
- Der arbeidsgiver og/eller arbeidstaker har lite kunnskap om behandlingsmuligheter og tiltaksmuligheter gjennom NAV
- Der det er dårlig dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, f.eks. ved konflikt
- Der det er en uavklart situasjon i forhold til sykmeldingen, de mer kompliserte sakene
- Når helseproblemer påvirker arbeidsevnen, men det er potensial for tilrettelegging
- Der det er behov for kommunikasjon med legen eller helsemyndigheter, som helsepersonell i BHT kan bidra med.

Hvilken rolle BHT kan spille er også avhengig av hvilke virksomheter som er pålagt å være tilknyttet en BHT. Bransjeforskriften lister opp hvilke bransjer det er, og SSB finner gjennom Arbeidskraftsundersøkelsen at 57 prosent av alle ansatte i 2009 arbeidet i virksomhet med bedriftshelsetjeneste. Etter 2010, med en sterk økning i antall virksomheter (helse og sosial, undervisning med mer) som fikk BHT-plikt, er andelen høyere.

Et sentralt spørsmål blir dermed om de virksomhetene som faktisk har størst behov for BHTs deltakelse i dialogmøter, jfr. punktene over, også er de som har BHT-plikt. utfordringene er ofte størst i små virksomheter, som ikke har en egen administrasjon med oversikt over regelverk, behandlingsmuligheter og ulike tiltak. Dette er typisk ikke virksomhetene som har BHT-plikt.

Vi konkluderer med at BHT i stor grad synes det er nyttig at de er med på en del av dialogmøtene. Dialogmøte 1 er en viktig arena for BHT-ene til å identifisere arbeidsmiljøutfordringer og andre relevante problemstillinger. De kommersielle bruker det som en arena til å selge inn nye oppdrag overfor virksomhetene, mens de interne kanskje i større grad også integreres i sykefraværsarbeidet og oppfølgingsarbeidet på systemnivå. De har dermed en helt annen mulighet til å påvirke det systematiske arbeidet med sykefravær i virksomheten. De interne BHT-ene, eller egenordningene, har sannsynligvis bedre vilkår for å være en mer kritisk aktør inn i oppfølgingsarbeidet enn de kommersielle aktørene. Det er uansett liten tvil om at konkurranseforholdene er harde i BHT-markedet nå. Dette vil sannsynligvis påvirke hvor kritiske BHT kan/ønsker å være overfor arbeidsgiverne/lederne, og hvor mye de kan kreve av arbeidsgiveren. Om arbeidsgiveren opplever at nåværende BHT krever for stor innsats og ressurser fra lederne, så vil de raskt kunne bytte til en annen tilbyder. Vi finner at arbeidsgivere som er tilknyttet en kundebasert BHT, i noe større grad er fornøyd med BHT sitt bidrag i sykefraværsarbeidet.

Dialogmøte 1 er en viktig arena for BHT, men det er mange tilfeller der BHT sin deltakelse ikke har betydning for utfallet. Det er dermed ikke grunnlag for å forlange, gjennom lovregulering, at arbeidsgiverne innkaller BHT til alle dialogmøter. Det er heller ikke slik i dag at alle arbeidsgivere kaller inn BHT rutinemessig. Dette skyldes at de enten ikke kjenner til reglene om at de skal det, at de ikke synes det har særlig betydning at BHT deltar, eller at de gjerne vil bruke BHT- ressursene på en annen måte. Det er ingen kontroll eller sanksjoner knyttet til BHTs deltakelse i dialogmøtene.

Det er også en utfordring at det kun er IA-virksomhetene som får refusjon fra NAV for BHTs deltakelse i dialogmøtene. Her er det noe som skurrer, i og med at både IA-virksomheter og de som ikke er IA-virksomheter må forholde seg til de samme oppfølgingsreglene – både IA-virksomheter og virksomheter uten IA-avtale er gjennom loven pålagt å ta med BHT på dialogmøte 1, men det er kun IA-virksomhetene som har mulighet til å la NAV betale for møtedeltakelsen til BHT. De sentrale IA-partene (arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene) har argumentert sterkt for at noen virkemidler skal være forbeholdt IA-virksomheter, og det er også sannsynlig at mange har inngått IA-avtale nettopp på grunn av virkemidlene. Rettferdigheten i det at alle virksomheter skal gjennomføre et tiltak som kun noen av virksomhetene får refundert kostnadene ved å gjennomføre, bør vurderes.

NAV

NAV har en stor rolle og er sannsynligvis den aktøren som sammen med legene kan utgjøre den største forskjellen i sykefraværsoppfølgingen, både direkte og indirekte.

Oppfølging av sykmeldte som en byråkratisk prosess

For å sikre likebehandling og effektive styringsmuligheter er det laget et system der enkeltsakene behandles av saksbehandlere med stramme prosedyrer for hvordan de skal jobbe med oppfølging av sykmeldte på faste tidspunkt. Arbeids- og velferdsdirektoratet forholder seg til sine oppgaver og utarbeider rutiner i henhold til dette.

Mange av de ansatte vi har intervjuet ønsker at oppfølgingen i større grad burde være rettet mot individuell oppfølging av "de riktige sakene". Det ytres ønske om mer direkte og aktiv individuell oppfølging, der NAV-veilederen kan påvirke om en person blir værende i arbeid eller om vedkommende havner utenfor på en trygdeordning, eller ender opp uten trygderettigheter. I dagens system kommer alle sykmeldinger inn til NAV, og de som arbeider med oppfølging av sykmeldte i NAV har i liten grad informasjon nok til å identifisere de tilfellene der de burde gått tidligere eller dypere inn i problemstillingen til den sykmeldte.

NAV som portvakt?

NAV er trolig en bedre portvakt for folketrygden og sykepengene enn det legen kan eller vil være. Om NAV og legen samarbeider godt, vil dette kunne gi god oppfølging av sykmeldte og sikre at NAV kobles inn i de riktige sakene og kan bistå de som trenger det. Å være portvakt kan like godt være å sørge for at folk får riktig hjelp som å sørge for at ingen overforbruker ordningene. I dagens system er det veldig lite sortering av sakene, og NAV kommer sjelden inn før de gjør vurderingen av aktivitetskravet i uke åtte. Dette fordi alle sykmeldingene som kommer inn behandles likt.

Stopp av sykepenger og åtte ukers aktivitetsvurdering

Sykepengene stopper automatisk ved åtte ukers sykmelding for alle. Da skal NAV inn og vurdere om det er grunnlag for å gjøre unntak for aktivitetskravet, slik at sykepengene kan fortsette å utbetales. Vurderingen de skal gjøre er todelt; de skal vurdere om det foreligger nok medisinsk dokumentasjon fra fastlegen, og de skal vurdere om det er forhold på arbeidsplassen som kan gi unntak fra aktivitetsplikten. Siden de ikke har tilgang til oppfølgingsplanen fra arbeidsgiver, kan de i liten grad vurdere om det er forhold på arbeidsplassen som gjør at det kan settes unntak. Dermed ser de i praksis stort sett bare på om det foreligger nok medisinsk dokumentasjon. Oppfølgingsplanen sendes inn gjennom ni-ukers-rapporteringen, og er dermed ikke tilgjengelig for NAV når hovedvurderingen etter åtte uker skal gjennomføres. Dette er den største logiske bristen i oppfølgingsregimet slik det foreligger i dag, og dette har NAV påpekt for lenge siden, uten at det har blitt tatt hensyn til. NAV-veilederen har dermed ingen informasjon fra arbeidsplassen når de skal vurdere aktivitetsplikten ved åtte uker. Det stilles strenge krav til legens begrunnelse for hvorfor de mener at medisinske forhold gjør at den sykmeldte ikke kan være i aktivitet, og NAV-veilederen kan nesten alltid la være å sette unntak. Med andre ord kan de velge å stoppe sykepengene, med begrunnelse i manglende medisinsk dokumentasjon. Dette har relativt liten effekt. I de aller fleste tilfeller skriver legen en bedre begrunnelse, og så starter sykepengeutbetalingen igjen, og det har dermed bare vært en ekstrarunde der legen har måttet dokumentere mer, uten at dette har noen særlig effekt på sykefraværet.

Planen er nå, etter det vi forstår, å få til økt fokus på åtte- ukers-vurderingen. Den sentrale føringen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet er at den gjennomsnittlige lengden på sykefraværet skal reduseres. Det er opp til NAV-kontorene hvordan de skal oppnå dette, men det er ikke stort andre muligheter enn å gå tyngre inn i aktivitetsvurderingen etter åtte uker. Oppfølgingsplanen kommer ikke tidligere enn før, så det er ikke så mange alternativer til hva annet som kan gjøres enn å etterspørre mer medisinsk dokumentasjon fra legene. Den naturlige implikasjonen av dette er at NAV skal gjøre færre unntak fra aktivitetsplikten og dermed stoppe sykepengene oftere. Vi kan ikke se at dette er endringer som gjør at de ikke fortsatt vil settes i gang igjen etter kort tid – som i dag. Man kunne tenkt at økt fokus tidligere vil redusere behovet for dialogmøter i NAV, slik at ressurser frigjøres, men det vil ha liten effekt dersom det ikke finnes noen effektive tiltak som kan settes inn når de gjør aktivitetsvurderingen ved åtte ukers sykmelding. Partene bør diskutere om dette er en ønsket utvikling, og om dette kan tolkes som en reell innstramming i sykelønnsordningen ved at terskelen for å få sykepenger heves. Sannsynligvis er situasjonen i dag et resultat av at NAV gjør jobben sin og at de følger tettere opp regelen om at "med mindre medisinske årsaker er til hinder for det, må den sykmeldte være i arbeidsrelatert aktivitet senest etter 8 ukers sykefravær for å få rett til sykepenger". Det er likevel vanskelig å se at løsningen her skal ligge i økt medisinsk dokumentasjon.

Ni ukers-rapporteringen har større ulemper enn fordeler

Hovedproblemet med ni ukers-rapporteringen for NAV-veilederne, er at oppfølgingsplanen først kommer på dette tidspunktet. Det er flere utfordringer knyttet til dette:

- Man rapporterer på at man har fulgt arbeidsmiljøloven (laget oppfølgingsplan og avholdt dialogmøte 1 på arbeidsplassen)
- Det er uvant at NAV er satt til å kontrollere bestemmelser i Arbeidsmiljøloven - dette er Arbeidstilsynets rolle
- Rapporteringen er grunnlag for sanksjoner mot arbeidsgiver
- Sanksjonene er knyttet til rapportering og ikke til selve oppfølgingen av sykmeldte

- NAV har ikke fått en rolle der de skal vurderer kvaliteten i det som rapporteres (heller ikke med tanke på oppfølgingsplanen), men det sjekkes og kontrolleres for å se om det skal sendes ut sanksjoner

Det mest alvorlige problemet med ni ukers-rapporteringen er likevel ikke punktene over, men at det å gi ansvaret til AA-registeret på Hamar ikke betyr at NAV-veilederne, som skal samarbeide med virksomhetene, skjermes fra dette systemet. NAV har en stor rolle i inkluderingsarbeidet, og om man skal lykkes med å skape et inkluderende arbeidsliv er det helt nødvendig at NAV har et godt forhold til arbeidsgiverne.

Vi kan godt forstå argumentene til Arbeids- og velferdsdirektoratet som sier at de aldri har visst så mye om hvordan sykmeldte følges opp på arbeidsplassen som etter at ni ukers-rapporteringen kom. De får informasjon om dialogmøtet er avholdt, hvilken dato og hvor møtet ble holdt. De får også informasjon om hvorvidt møtet ble holdt via telefon, om legen ble innkalt, om legen har deltatt og om bedriftshelsetjenesten har deltatt. De får også informasjon om årsaker til at møtet ikke ble avholdt, og om arbeidstaker har møtt eller ikke. De får svar på om det ble utarbeidet oppfølgingsplan, og dersom dette ikke er gjort får de vite årsaken. Dette gir mye informasjon, og man kan på denne måten tett følge utviklingen i disse punktene både nasjonalt, regionalt, på bransjenivå, ut i fra bedriftsstørrelse og annet. Denne informasjonen gir økt innsikt i den tidlige sykefraværsoppfølgingen som er hjemlet i arbeidsmiljøloven, og leveransen av denne statistikken er en del av NAVs oppdrag i IA-samarbeidet.

En annen faktor som er viktig her, er at dette omfattende rapporteringssystemet innebærer mye merarbeid for arbeidsgiverne. Når de politiske føringene ligger på inkludering, jobbstrategi og fleksibilitet i arbeidslivet, vil et system som gjør det krevende å ha sykmeldte, bidra til at arbeidsgivere vegrer seg for å ansette folk de tror kan komme til å ha en del sykefravær. Dette, i tillegg til at NAV blir en kontrolletat mot arbeidsgiverne heller enn en samarbeidspart, oppveier sannsynligvis nytten av at Arbeids- og velferdsdirektoratet får god informasjon om sykefraværsoppfølgingen. Det er andre måter å innhente slik kunnskap på enn gjennom omfattende, nasjonale registre, for eksempel gjennom gode forskningsprosjekt, der man også kan undersøke *kvaliteten* i det arbeidet som gjøres (og ikke bare fokusere på antall).

Rapporteringen som nå gjøres etter ni uker gjøres sannsynligvis fordi det er knyttet sanksjoner til rapporteringen, og ikke fordi det fører til bedre oppfølging av sykmeldte. Siden det ikke er noen vurdering av kvaliteten på oppfølgingsplanen i NAV, er sanksjonene med andre ord kun knyttet til rapporteringen og ikke til selve oppfølgingen. Oppfølgingsplanen kan være tilnærmet tom og likevel bli godkjent. Dette forstår rasjonelle aktører, og de bruker mindre og mindre tid på å lage gode oppfølgingsplaner. NAV-kontorene har heller ikke noe fokus på systematisk arbeid for å bedre kvaliteten på oppfølgingsplanene som utarbeides ute i virksomhetene, etter det vi forstår.

Tiltakene og brukerne

Selv om noen av NAV-tiltakene er evaluert, er det lite kunnskap om hvorvidt tiltakene som brukes hyppig i dag, faktisk har effekt på sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid etter sykmelding. NAV-veilederne som arbeider med dette til daglig vet heller ikke om tiltakene er særlig effektive. Om vi forstår det riktig, settes det inn få tiltak i perioden før Dialogmøte 2 er avholdt. Når man snakker om unødvendig langtidsfravær, bør man forsøke å definere hva disse tilfellene faktisk er. En mulighet er å definere de som har unødvendig langtidsfravær som de som er sykmeldt selv om helsen faktisk

tilsier at de kunne vært i jobb. Dette må i alle fall til en viss grad handle om at det er noen barrierer i forhold til å komme tilbake til arbeidsplassen. Dette kan skyldes at den sykmeldte har en dårlig relasjon til arbeidsplassen og arbeidsgiveren og ikke ønsker seg tilbake, eller at arbeidsgiveren av ulike årsaker ikke ønsker den sykmeldte tilbake. Dersom den ansatte i en slik situasjon har lett for å finne seg en annen jobb, vil dette sannsynligvis ikke ende i et langtidsfravær, men i et jobbskifte. Utfordringen er da de med lav jobbmobilitet, for eksempel gjennom lav eller smal kompetanse. Tiltakene som NAV iverksetter bør derfor ha stort fokus på kompetanseheving. Med et offentlig finansiert utdanningssystem, preget av lav marginalkostnad, er det underlig i hvor liten grad tiltakene til NAV er koblet opp mot ordinær utdanning.

Samarbeid med legene

NAV må komme tidligere inn i de viktige sakene, de må samarbeide effektivt med legene og ikke sitte og kontrollere medisinske vurderinger. De har sjelden nok medisinsk kompetanse til å gjøre dette, selv om mange mener de er kompetent til denne rollen, selv uten medisinsk kompetanse. Andre sier at de ikke er det og at de stoler på legene. Det er ikke alltid samarbeidet mellom NAV og legene fungerer lokalt, og dette er et utviklingsarbeid som må prioriteres.

Et godt samarbeid med legene, der NAV-veilederne ikke har rollen med å overprøve legens medisinske vurderinger, vil frigjøre mye tid som NAV-veilederne kan bruke i målrettet arbeid ut mot virksomhetene for de pasientene eller brukerne som har behov for bistand.

Tidlig inn i de viktigste sakene

For at NAV skal kunne komme tidlig inn i dagens system, må de kunne delta på et fremskyndet dialogmøte 2. NAV-veilederne på sykefraværsområdet ser ut til å ha svært god kompetanse på sykefravær, og de ser også muligheter de ikke får utnyttet i dag, fordi de må forholde seg til alle sykmeldingene som kommer og fordi de kommer for sent inn i de fleste tilfellene.

De sykmeldte utgjør en svært heterogen gruppe. Det trengs en sortering og det er vanskelig å tenke at noen andre enn legen kan ha denne sorteringsoppgaven. Med utviklingen av et godt system i samarbeid med legene, kunne NAV fått en bedre struktur i arbeidet sitt, og fagressursene i NAV kunne blitt bedre utnyttet. Arbeidsgiverne ville også fått mer målrettet bistand gjennom en slik sortering av sykmeldingstilfellene. I dagens system har NAV-veilederne små muligheter til å identifisere de viktige sakene i en tidlig fase.

Hva kunne vært NAV sin rolle?

Vi ser et klart forbedringspotensial i forhold til hvilket oppdrag NAV tildeles og hvordan de arbeider med oppfølgingen av sykmeldte. En bedre rolle for markedsteamene eller sykefraværsoppfølgingsteamene i NAV kunne vært å arbeide inn mot arbeidsgiverne for å lære dem gode rutiner, de kunne bygge opp et godt samarbeid med fastlegene, og gå inn i de sakene der det er behov for bistand fra NAV, samtidig som legene og arbeidsgiverne får opplæring i hvordan de kan bruke NAV bedre. NAV bør også bygge samarbeidsarenaer med bedriftshelsetjenestene – her er et stort ubrukt potensial dersom de vil ha mer og bredere kontakt med arbeidsgiverne (markedssatsingen i NAV). NAV Arbeidslivssenter og NAV-kontorene bør også utvikle gode samarbeidsformer, i dag er det lite av potensialet som utnyttes. Med utvikling av et godt sorteringsystem av de enkelte sykmeldingstilfellene, kunne NAV fått en mer effektiv struktur i arbeidet sitt, og fagressursene i NAV kunne blitt betydelig bedre utnyttet.

Det trengs mer forskning

Det mangler forskning på tiltak for sykmeldte, det mangler forskning på insentiver til arbeidsgiverne og til arbeidstakerne, og det mangler forskning på hva som er en effektiv tilnærming i saker der arbeidsgiver og arbeidstaker har fått et dårlig forhold. NAV-ansatte vet ikke helt hva de skal gjøre når de oppdager dårlige relasjoner, og det er det heller ingen andre som vet nøyaktig. Ingen har i dag rollen med å gå inn i slike saker. Dette kan handle om at man ikke har snakket så mye om relasjonene på arbeidsplassen de siste årene i forbindelse med IA-avtalen. Innsatsen har i stor grad vært rettet mot oppfølging av sykmeldte. Vi diskuterer i neste del av oppsummeringen om effekten av oppfølgingen av sykmeldte kanskje er avhengig nettopp av de gode relasjonene på arbeidsplassen.

Situasjonen når man blir sykmeldt

For å forstå ulike typer sykmeldinger har man forsøkt å gjøre ulike grupperinger av de sykmeldte. Noen ganger grupperes de etter diagnoser, andre ganger etter varighet på sykmeldingen, eller etter bransje, type virksomhet, alder eller annet. Slike inndelinger har ikke vært særlig fruktbare, og kanskje er årsaken at man ikke tar hensyn til de relasjonelle omgivelsene som ofte vil kjennetegne det enkelte sykefraværstilfelle. Enhver sykmelding er knyttet til et arbeidsforhold (med unntak av selvstendig næringsdrivende og arbeidsledige som blir sykmeldt). For å forstå hvordan oppfølgingen av sykmeldte fungerer, kan man derfor ta utgangspunkt i det arbeidsforholdet som sykmeldingen skjer innenfor. Det er to aktører i et arbeidsforhold - arbeidsgiver og arbeidstaker. Generelt kan vi ha fire ulike relasjonssituasjoner når noen blir sykmeldt:

- Arbeidsgiver og arbeidstaker har en god relasjon, begge er positive til at den sykmeldte kommer tilbake til jobben når helsen tillater det
- Arbeidsgiver og arbeidstaker har en dårlig relasjon, begge er negative og umotivert
- Arbeidsgiver er negativ, mens arbeidstaker er positiv
- Arbeidsgiver er positiv, mens arbeidstaker er negativ

Utfallet er som vi skal se, både avhengig av helsetilstanden til den sykmeldte og av hvilke muligheter vedkommende har på arbeidsmarkedet, både ut i fra lokale arbeidsmarkedsforhold og ut i fra den kompetanse og erfaring som den enkelte besitter. Vi kan si at en person som bor i et område med et heterogent arbeidsmarked, sammensatt av ulike typer arbeidsplasser med stor bredde i kompetansekrav i jobbene, eller at man selv innehar kompetanse, personlighet og erfaring som gjør en attraktiv i arbeidsmarkedet - har høy jobbmobilitet. En person som har lav kompetanse og der kompetansen gjerne er spesialisert til visse bransjer og/eller at arbeidsmarkedet lokalt er begrenset - har typisk lav jobbmobilitet. Vi ser på de fire ulike situasjonene.

Arbeidsgiver og arbeidstaker har en god relasjon, begge er positive og motiverte

Denne situasjonen er preget av et godt tillitsforhold, der lederen tror på det den ansatte sier, og den ansatte er trygg på at arbeidsgiver ønsker å gjøre det som er best for ham/henne. Om sykefravær oppstår, har begge som mål at den ansatte skal komme tilbake når han eller hun er klar for det. Den ansatte har riktig terskel for å be legen om sykmelding, og dette vet lederen. Oppfølgingsregimet rundt den sykmeldte har liten betydning, de gjør det som er nødvendig for å få den sykmeldte tilbake i jobb – uansett. Resultatet er nesten alltid at den sykmeldte kommer tilbake til jobb når helsen tillater det. De fleste sykmeldinger antas å komme i en slik situasjon. Her inkluderer vi også mer

"nøytrale" arbeidsforhold, der profesjonelle ledere behandler folk likt, og der det er høy grad av tillit og trygghet mellom leder og ansatt.

I slike tilfeller, der relasjonene er gode og den ansatte har et godt forhold til egen arbeidsplass, er utfallet trolig ikke avhengig av jobbmobilitet, men kun av helse:

- God nok helse til å jobbe: Det tilrettelegges og gjøres justeringer slik at den ansatte kan fortsette helt eller delvis i jobb.
- For dårlig helse til å jobbe: Etter å ha brukt opp sykepengerrettighetene og kanskje mottatt arbeidsavklaringspenger over en periode, innvilges uføretrygd etter strenge kriterier.

Det er sannsynligvis de som ikke kommer tilbake i arbeid når de er friske nok til det den tyngste innsatsen bør rettes mot, dersom man ønsker å redusere langtidsfravær og redusere antall mennesker som faller ut av arbeidslivet. Vi har derfor valgt å se spesielt på denne gruppa. De befinner seg typisk i en situasjon der ikke alt er i orden med tanke på relasjonen til arbeidsgiver og arbeidsplassen. Vi sier her arbeidsgiver, men dette inkluderer hele arbeidsplassen, siden en dårlig relasjon kan skyldes at den sykmeldte har et dårlig forhold til sine kolleger, sine arbeidsoppgaver og/eller sin leder. Det er dette vi mener med relasjonelle omgivelser rundt et sykefravær.

Arbeidsgiver og arbeidstaker har en dårlig relasjon, begge er negative

Dersom det er et dårlig forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og ingen av dem har interesse av at arbeidsforholdet skal fortsette, kan sykmelding benyttes for å slippe å gå på jobb. Et annet mulig utslag av en slik relasjon er at terskelen for å be om sykmelding blir lav, når helseproblemer oppstår. Arbeidsgiveren er negativ i forhold til tilretteleggingsmuligheter og er ikke villig til å bruke ressurser på å få til god tilrettelegging. Den sykmeldte er heller ikke interessert i å få tilrettelegging slik at han/hun kan fortsette å jobbe til tross for helseproblemene. Situasjonen kan gi gjentatte sykmeldinger, men helsen kan også forverres, fordi det dårlige arbeidsforholdet vil slite på den ansattes helse. Lederen er kritisk og mistenksom mot sykmeldinger, og legen beskyldes for å være for slepphendt med å skrive ut sykmeldinger. Arbeidsgiver synes heller ikke NAV bidrar på riktig måte. Gitt helsetilstanden vil utfallet av sykmeldingen være avhengig av den sykmeldtes muligheter på arbeidsmarkedet:

- Høy jobbmobilitet: Den sykmeldte opplever å være uønsket og finner seg en annen jobb når helsen tillater det.
- Lav jobbmobilitet: Den sykmeldte har få muligheter i arbeidsmarkedet, og blir langtidssykmeldt, går over til AAP og blir til slutt uføretrygdet. NAV har få virkemidler fordi vedkommende har lav jobbmobilitet.

Sykmeldingen og oppfølgingen har blitt brukt til å kvitte seg med en dårlig motivert ansatt, og den ansatte har brukt sykmeldingen til å trekke seg bort fra en arbeidsplass han/hun har et dårlig forhold til.

Arbeidsgiver er negativ, mens arbeidstaker er positiv

Det kan være mange årsaker til at denne situasjonen oppstår. Kjernen i denne situasjonen er at når vedkommende blir sykmeldt, så vil arbeidsgiveren forsøke å kvitte seg med vedkommende som har blitt sykmeldt, for å ansette noen som er mer produktiv eller som kanskje passer bedre inn i arbeidsmiljøet. I dette tilfellet opplever kanskje den ansatte at han/hun gjør en god jobb og passer

godt inn, men kommunikasjonen og avklaringene er ikke tydelige nok til at arbeidsgiver og arbeidstaker deler det samme bildet av hvordan arbeidsforholdet fungerer. Lederen/arbeidsgiveren er negativ når det gjelder tilretteleggingsmuligheter, og er ikke villig til å bruke ressurser på å få til god tilrettelegging. Den sykmeldte ønsker å fortsette, men får en dårlig opplevelse gjennom oppfølgingen, og om lederen er en utydelig leder som ikke har fått formidlet at de ikke er fornøyd med jobben som gjøres av vedkommende, kan det oppleves som svært vanskelig og urettferdig at arbeidsgiveren ikke er villig til å gjøre tilpasninger. Her kan vi også inkludere tilfeller der arbeidsgiver generelt er negativ til alle typer tilrettelegging, og ikke ønsker å beholde noen som får helseproblemer i sin virksomhet. Gitt helsetilstand, er resultatet igjen avhengig av jobbmobilitet:

- Høy jobbmobilitet: Den sykmeldte opplever at arbeidsgiver ikke ønsker å bidra til tilrettelegging og fleksibilitet slik at den sykmeldte kan fortsette å jobbe, og finner seg en annen jobb når helsen tillater det.
- Lav jobbmobilitet: Den sykmeldte har få muligheter i arbeidsmarkedet og blir langtidssykmeldt, går over til AAP og blir til slutt uføretrygdet. NAV har få virkemidler og vedkommende har lav jobbmobilitet.

Sterk plikt til å tilrettelegge vil i teorien kunne bidra til at arbeidsgiveren tvinges til å tilrettelegge og gjøre tilpasninger for den som blir sykmeldt. I praksis er det likevel opp til arbeidsgiverne å sette grenser for hva som kan/skal gjøres. Noen har økonomiske rammer og en innstilling som gjør at de tilrettelegger mye, mens andre verken har økonomi eller vilje til å gjøre noe særlig tilrettelegging. NAV tvinger ikke noen til å tilrettelegge, men kan henvise til plikten i arbeidsmiljøloven. Det sanksjoneres ikke mot manglende tilrettelegging.

Arbeidsgiver er positiv, mens arbeidstaker er negativ

Dette er også en vanskelig situasjon, fordi arbeidsgiver har gode intensjoner, men må forholde seg til en ansatt som ikke er villig til å gjøre det som skal til for å komme tilbake i jobb, når et helseproblem har utløst et sykefravær. Det kan være forhold utenfor jobben som gjør at det er behov for en sykmelding, men sykmeldingen er likevel ikke nok til at den sykmeldte friskner til og kommer tilbake i jobb. Det er andre forhold her som gjør at den ansatte ikke klarer å komme tilbake til jobb, selv om arbeidsgiver har gjort alt som forventes og ofte mer til. I disse tilfellene tar det gjerne lenger tid før det blir en avklaring, fordi arbeidsgiver er villig til å gi den sykmeldte mer tid. Dette er ofte vanskelige og frustrerende saker for arbeidsgiverne, og de opplever at det er lite hjelp å få fra NAV og fra legen. I noen tilfeller vil kanskje den ansatte etter hvert finne frem til muligheter som gjør at han/hun kan komme tilbake til jobb, men om ikke den ansatte snur fra å være negativ til positiv, blir utfallet det samme som over.

- Høy jobbmobilitet: Den sykmeldte har ikke interesse av å komme tilbake til denne jobben og finner seg en annen jobb når helsen tillater det.
- Lav jobbmobilitet: Den sykmeldte har få muligheter i arbeidsmarkedet og blir langtidssykmeldt, går over til AAP og blir til slutt uføretrygdet. NAV har få virkemidler fordi vedkommende har lav jobbmobilitet.

En faktor som blir tydelig etter en slik inndeling, er at de som forblir langtidssykmeldte etter at helsen egentlig tilsier at de kunne vært tilbake i jobb, har et dårlig forhold til arbeidsgiveren eller arbeidsplassen og har lav jobbmobilitet. Dette skyldes seleksjonseffekter, fordi de med høy jobbmobilitet vil finne seg en ny jobb dersom de har en dårlig relasjon til arbeidsgiver.

I neste tabell har vi systematisert de ulike kombinasjonene av helse, jobbmobilitet og motivasjon til arbeidsgiver og arbeidstaker.

| Motivasjon / holdning | Helse etter hvert | Jobbmobilitet | Arbeidsgiver | Arbeidstaker | Utfall | Potensial | NAVs rolle | Legens rolle |
|-----------------------|---|---------------|--------------|--------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| Situasjon 1 | God | God | Positiv | Positiv | Tilbake til jobb | Tilbake til jobb | Ingen rolle | Ingen rolle |
| | God | Dårlig | Positiv | Positiv | Tilbake til jobb | Tilbake til jobb | Ingen rolle | Ingen rolle |
| | Dårlig | God | Positiv | Positiv | Delvis jobb | Delvis jobb | Delvis stønad | Medisinsk |
| | Dårlig | Dårlig | Positiv | Positiv | Delvis jobb | Delvis jobb | Delvis stønad | Medisinsk |
| | Utfall uavhengig av jobbmobilitet, men kun av helsetilstanden. | | | | | | | |
| Situasjon 2 | God | God | Negativ | Negativ | Skifter jobb | Skifter jobb | Jobbformidling A | Avklart |
| | God | Dårlig | Negativ | Negativ | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling B | Avklart |
| | Dårlig | God | Negativ | Negativ | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling C | Medisinsk |
| | Dårlig | Dårlig | Negativ | Negativ | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling D | Medisinsk |
| | Lite sannsynlig at den sykmeldte kommer tilbake i samme jobb. Jobbformidling B må komme tidlig inn som løsning når helsen tillater det. | | | | | | | |
| Situasjon 3 | God | God | Negativ | Positiv | Skifter jobb | Skifter jobb | Jobbformidling A | Avklart |
| | God | Dårlig | Negativ | Positiv | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling B | Avklart |
| | Dårlig | God | Negativ | Positiv | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling C | Medisinsk |
| | Dårlig | Dårlig | Negativ | Positiv | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling D | Medisinsk |
| | Lite sannsynlig at den sykmeldte kommer tilbake i samme jobb. Valg av strategi; enten jobbe mot arbeidsgiver for å gi insentiver for å beholde vedkommende, eller så må Jobbformidling B komme tidlig inn som en løsning når helsen tillater det. | | | | | | | |
| Situasjon 4 | God | God | Positiv | Negativ | Skifter jobb | Skifter jobb | Jobbformidling A | Avklart |
| | God | Dårlig | Positiv | Negativ | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling B | Avklart |
| | Dårlig | God | Positiv | Negativ | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling C | Medisinsk |
| | Dårlig | Dårlig | Positiv | Negativ | Langtidssykmeldt | Inkludering | Jobbformidling D | Medisinsk |
| | Lite sannsynlig at den sykmeldte kommer tilbake i samme jobb. Valg av strategi; enten jobbe mot arbeidstaker for å få vedkommende til å ønske å fortsette i samme jobb, eller så må Jobbformidling B komme tidlig inn som en løsning når helsen tillater det. | | | | | | | |

Jobbformidling A: Trenger lite bistand, har gode muligheter på arbeidsmarkedet. Ordner seg stort sett selv.

Jobbformidling B: Vedkommende har god helse, men har få muligheter på arbeidsmarkedet. Her er et stort potensial for inkludering gjennom samarbeid mellom NAV og andre aktører, inkludert andre arbeidsgivere. Utfall er avhengig av motivasjonen til den sykmeldte og villighet til inkludering blant potensielle arbeidsgivere.

Jobbformidling C: Vedkommende har dårlig helse, men ville hatt gode muligheter på arbeidsmarkedet om helsen var god. Trenger hjelp fra NAV til å finne arbeid, men må kanskje ha delvis uføretrygd eller lønnstilskudd for å mestre arbeidslivet. Utfall er i tillegg til helsen avhengig av motivasjon, vilje og lyst hos den sykmeldte og blant potensielle arbeidsgivere.

Jobbformidling D: Vedkommende har dårlig helse og dårlig jobbmobilitet. Vanskelig kombinasjon, men alternativer finnes dersom helsen tillater noe arbeid. Utfall er i tillegg til helsen avhengig av motivasjon, vilje og lyst hos den sykmeldte og blant potensielle arbeidsgivere.

Implikasjoner

Tabellen og beskrivelsen over impliserer at NAV i mye større grad enn i dag må drive jobbformidling blant sykmeldte. Det må undersøkes om de tiltakene NAV setter i gang for sykmeldte har noen effekt på sannsynligheten for å komme tilbake i jobb. Dersom det ikke tas hensyn til kombinasjonen helse,

jobbmobilitet og relasjon til nåværende arbeidsgiver og arbeidsplass når tiltak vurderes og tildeles, kan det føre til at mange tiltak iverksettes uten at det er særlig sannsynlig at de vil ha noen effekt.

Funn og konklusjoner om de enkelte elementene i oppfølgingsystemet

Utarbeiding av oppfølgingsplan senest innen 4 ukers sykmelding

Ifølge arbeidsmiljøloven skal arbeidsgiver utarbeide en oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker, senest når arbeidstaker har vært sykmeldt i fire uker. Oppfølgingsplanen skal ifølge loven inneholde en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne. Planen skal også inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og en plan for videre oppfølging.

Formålet med å utarbeide en oppfølgingsplan er at den skal forplikte både arbeidsgiver og arbeidstaker til å tenke gjennom situasjonen og hva som kan gjøres. Det er fremhevet at det er viktig at innholdet i oppfølgingsplanen er reelt, og at både arbeidsgiver og arbeidstaker skriver under og er enige i innholdet i planen. Vi finner at oppfølgingsplaner stort sett utarbeides innen fire ukers sykmelding, men at innholdet er svært variabelt. Ofte er det ikke skrevet noe særlig i det hele tatt. Dette trenger ikke bety at det ikke finnes en plan de er enige om, men at de er enige og opplever at de ikke trenger å dokumentere det grundigere i en oppfølgingsplan. Det kan godt være at det er ressursoptimalt. To av tre ledere i IA-virksomhetene mener oppfølgingsplanen er et viktig verktøy for at de ansatte skal komme raskere tilbake, og ansatte mener også at oppfølgingsplanen bidrar til at sykmeldte får bedre oppfølging, men ikke nødvendigvis at de kommer raskere tilbake til arbeidet.

Slik den er utformet i dag skal oppfølgingsplanen tilfredsstille flere aktører. Planen skal gi tilstrekkelig informasjon både til legen og til NAV, slik at de kan gjøre sine vurderinger. Per i dag er det ingen kontroll med innholdet i oppfølgingsplanen. I dagens system skal NAV undersøke om de har fått planen og annen rapportering fra arbeidsgiver, og dersom dette ikke er på plass så skal det sanksjoneres mot arbeidsgiver. Når arbeidsgiverne opplever at det ikke er noen som leser oppfølgingsplanene de sender inn, er det også naturlig at innholdet ikke blir prioritert i særlig grad. Det sanksjoneres aldri på innhold og kvalitet, kun på manglende rapportering.

Oppfølgingsplanen er først og fremst en plan for arbeidsgiver og arbeidstaker. Til det formålet fungerer den ofte godt. Det trenger imidlertid ikke være planen i seg selv som er viktig for dem, men heller det faktum at de har satt seg ned og fått til en eller annen plan og kanskje har gjort noen viktige avklaringer i disse samtalene. Utfordringene kommer når andre aktører skal tolke det som er skrevet. Både NAV og legene sier at det ofte mangler informasjon om tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen, og at det ofte mangler en beskrivelse av hva de faktiske arbeidsoppgavene til den sykmeldte er. For arbeidsgiver og arbeidstaker er dette opplagte forhold, og det gir lite mening for dem å gjøre slike beskrivelser. Når det sies at oppfølgingsplanen primært er en plan mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, kan man ikke samtidig forvente at planen skal tilfredsstille behovene til legen og til NAV.

Det er mange som har fått god opplæring fra NAV Arbeidslivssenter i å skrive gode oppfølgingsplaner. Da kan de kanskje være i stand til å skrive planer som gir viktig informasjon både til NAV og legen, samtidig som det er arbeidsgivers og arbeidstakers egen plan. Det kan for eksempel hende at en gjennomgang av hvilke arbeidsoppgaver den sykmeldte har, kan representere en viktig opptakt til selve oppfølgingen.

For mange arbeidsgivere brukes oppfølgingsplanen nå som en dokumentasjon på hva som er gjort eller prøvd i det enkelte sykmeldingstilfelle, med tanke på at det kan ende i en oppsigelse eller en konflikt med arbeidstaker på et senere tidspunkt. Dette er et annet motiv enn det som er tanken med oppfølgingsplanen, men det kan samtidig føre til grundigere dokumentering. Om det fører til at den sykmeldte blir bedre ivaretatt, er høyst usikkert, men man kan tenke seg at mer oppmerksomhet rundt en sykmeldt gjør at det er lettere å se løsninger og muligheter. Det er derfor mulig at oppfølgingsplanen blir grundigere når det er færre tilretteleggingsmuligheter – nettopp fordi dette handler om å dokumentere alt som er utprøvd (med tanke på at arbeidsforholdet skal avsluttes).

Konklusjon: *Kravet om at oppfølgingsplan senest skal utarbeides innen fire ukers sykmelding bør opprettholdes, men planen må forenkles og man må vurdere hvilken informasjon som er nødvendig.*

Oppfølgingsplanen skal alltid sendes til sykmelder (vanligvis fastlegen)

Begrunnelsen for at legene skal få tilsendt oppfølgingsplanen fra arbeidsgiver, er at arbeidsgiveren på denne måten skal få komme med innspill til legen om hvilke muligheter de har for å tilrettelegge arbeidsoppgavene for den sykmeldte. Dermed kan legen foreta en medisinsk vurdering som samtidig er basert på en forståelse av mulighetene på arbeidsplassen. Problemet er at oppfølgingsplanen sjelden inneholder den informasjonen legen trenger for å gjøre disse vurderingene. Vi tror ikke det handler om uvilje fra arbeidsgiver og arbeidstaker, men heller manglende forståelse for hva legen trenger å vite for å gjøre sine vurderinger.

Legene på sin side er opptatt av at oppfølgingsplanen bør komme sammen med pasienten og ikke i posten. Legekontorene har i liten grad et system for å ta imot planene som kommer på papir fra arbeidsgiveren, og halvparten av legene oppgir at de har laget seg et system der oppfølgingsplanene blir scannet og lagt inn i den elektroniske journalen, mens 23 prosent setter oppfølgingsplanene inn i permer.

Færre enn hver tredje lege sier at de bruker oppfølgingsplanene aktivt i dialog med den sykmeldte. 50 prosent av legene oppgir at de ofte ikke har mottatt oppfølgingsplan før dialogmøte 1 blir gjennomført. Legene mener at det sjelden står noe nyttig i oppfølgingsplanen. Ut fra planen kan de forsøke å forstå noe om relasjonen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, men det de trenger mest informasjon om er tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen.

Konklusjon: *Kravet om at oppfølgingsplan skal sendes til legen bør opprettholdes, men den bør enten komme som et elektronisk dokument via NAV eller følge med pasienten når han/hun besøker legen. At den ansatte tar med oppfølgingsplanen til legen på neste time etter at den er utarbeidet, kan føre til at tilrettelegging blir tatt opp direkte som tema i møtet mellom den sykmeldte og legen, i større grad enn i dag. Virksomheter (av en viss størrelse) kan også utarbeide en generell liste over muligheter for tilrettelegging på arbeidsplassen, som kan sendes med den sykmeldte. En del arbeidsgivere har allerede gjort dette. Legen har generelt lite informasjon om*

tilretteleggingsmuligheter på den enkelte arbeidsplass, og det kan ikke forventes at legene skal sitte med denne informasjonen. Om pasienten har med en slik oversikt sammen med oppfølgingsplanen, får i alle fall arbeidsgiver formidlet dette. Arbeidsgiver mener at det å ha med legen på dialogmøte 1 først og fremst er viktig for at de skal kunne fortelle legen om hvilke tilretteleggingsmuligheter de har på arbeidsplassen. Dersom legene får denne informasjonen direkte fra pasienten på et tidligere tidspunkt, vil dette redusere behovet for å ha med legen på dialogmøte 1.

Hvis arbeidstakeren har vært sykmeldt helt eller delvis i 7 uker, skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte (dialogmøte 1)

Mange dialogmøter oppleves som unødvendige av både arbeidstaker og arbeidsgiver, særlig når alt allerede er avklart gjennom utarbeidingen av oppfølgingsplanen. For mange kommer dialogmøtet for tett opp mot når oppfølgingsplanen utarbeides. Dette er likevel et viktig stoppunkt, og det er godt innarbeidet at dette skal gjøres.

Konklusjon: *For å sørge for at alle sykmeldte fanges opp, bør det fortsatt være krav til at dialogmøte 1 skal avholdes, men kun mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.*

Vi foreslår at dersom ikke arbeidsgiver og arbeidstaker gjennom samtaler i fellesskap får til å legge en god plan rundt sykmeldingen, skal dialogmøte 2 alltid fremskyndes. Da må NAV få beskjed. NAV, arbeidsgiver eller arbeidstaker kan vurdere om også legen skal delta.

Sykmelder skal delta på DM1, med mindre arbeidstaker ikke ønsker det

Legene opplever at det er feil prioritering å bruke mye tid på møter med arbeidsgivere, der de får en blandet rolle som medisinsk ansvarlig og som en myndighetsperson eller portvakt for sykepengeordningen. Legene synes det er mye viktigere å prioritere behandling av syke og eldre samt de nye oppgavene de har fått i forbindelse med blant annet Samhandlingsreformen. Det er ingen som kan observere noen særlig effekt av legenes deltakelse/involvering på lengden på sykmeldingen, og arbeidsgivernes argument for at legene skal delta er at de på denne måten skal få vite om tilretteleggingsmulighetene i virksomhetene.

Konklusjon: *Legen bør ikke delta på dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiveren. Legen bør delta på et fremskyndet dialogmøte 2 sammen arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV når det er behov for det. NAV blir ofte sittende på dialogmøte 2 og har gått glipp av det som legen og arbeidsgiver har kommet frem til på dialogmøte 1 eller gjennom annen kommunikasjon. Det er ofte NAV som har de nødvendige virkemidlene og tiltakene som bør settes i gang tidlig, legen har ansvaret for den medisinske vurderingen.*

Bedriftshelsetjenesten skal være representert i DM1

Bedriftshelsetjenesten kan i noen tilfeller ha betydning for utfallet av et dialogmøte, men vi finner det lite sannsynlig at BHT vil ha noe å bidra med i alle dialogmøter. Det er ofte feil ressursbruk at BHT skal delta i alle dialogmøter. BHT bør i større grad jobbe på systemnivå, med forebyggende arbeid og med å bidra til at det er gode relasjoner mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

Konklusjon: Det bør ikke være lovfestet at BHT skal delta på alle dialogmøter. Det bør være opp til arbeidsgiver, som betaler for BHT, hvordan de bør brukes. Om en vil gi bedriftshelsetjenesten en tydeligere rolle i sykefraværarbeidet er ikke løsningen at de skal delta i alle dialogmøter. Da er det bedre å gi BHT en annen obligatorisk rolle i sykefraværarbeidet, for eksempel å vurdere om relasjonen mellom ledere og ansatte er tilstrekkelig god for å forebygge sykefravær og hindre utstøting. Om ikke, bør tiltak rettet mot å forbedre disse relasjonene iverksettes.

Oppfølgingsplanen skal oppdateres på DM1

Dette gjøres i relativt liten grad, fordi det er kort tid mellom tidspunktet for utarbeidelse av oppfølgingsplan (fire uker) og tidspunktet for gjennomføring av DM1 (innen 7 uker).

Konklusjon:

Med krav om at dialogmøte 2 alltid skal fremskyndes om ikke arbeidsgiver og arbeidstaker kommer frem til en god plan i dialogmøte 1, vil DM2 ha større verdi. I de tilfeller man trekker inn NAV og legen, bør dette gjøres gjennom et fremskyndet dialogmøte 2. Man kan da sende oppfølgingsplanen til NAV og til legen i forkant (eller at arbeidsgiver og arbeidstaker legger frem denne på dialogmøtet) og be NAV arrangere et fremskyndet dialogmøte 2. Legen innkalles om nødvendig. NAV kommer dermed tidligere inn og legen involveres kun dersom det er behov for det. Sannsynligvis vil det da bli viktigere for både arbeidsgiveren og arbeidstakeren å bidra til at oppfølgingsplanen blir et godt/nyttig dokument.

Innen ni uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplanen til NAV, sammen med rapporteringsskjema med informasjon om oppfølgingsarbeidet

Dette punktet er den viktigste årsaken til at oppfølgingen oppleves som byråkratisk. Det er mange som ser poenget med å sende oppfølgingsplanen til NAV, men ni ukers-rapporteringen er fortsatt komplisert, og oppleves som lite hensiktsmessig.

Konklusjon: Denne rapporteringen gjøres for å ha et sanksjonsgrunnlag mot arbeidsgiverne. Det sanksjoneres ikke imot manglende oppfølging av sykmeldte, men mot manglende rapportering. At Arbeids- og velferdsdirektoratet får mer tall og statistikk, oppveier ikke ulempene dette regimet skaper, ved at NAV fremstår som et kontrollorgan mot arbeidsgivere og ikke en viktig samarbeidspart.

NAV-kontoret skal innkalle til et dialogmøte 2 senest innen 26 uker

I svært mange tilfeller møter ikke NAV den sykmeldte før det har gått et halvt år. De opplever selv at de involveres alt for sent. Dersom man får til å fremskynde dialogmøte 2 i de tilfeller det er nødvendig/hensiktsmessig, vil færre sykmeldte bli gående et halvt år uten at noe blir gjort.

Konklusjon: DM2 er ofte viktige avklaringsmøter (fremskyndet eller ikke). Det bør settes mål om at det alltid må komme en konklusjon for hva som skal gjøres videre i det enkelte tilfelle. Virkemidlene i NAV må være tilpasset de faktiske behovene for hjelp som brukerne har på ulike tidspunkt. Det ser ut

til å være mye å hente her, gjennom gode arbeidsavklaringer, større fleksibilitet og bredde i tiltaksmulighetene og bedre insentiver for arbeidsutprøving.

Det er mulig å be om et dialogmøte 3

Dette gjøres i liten grad i dag.

Konklusjon: Om man ikke kommer frem til noe i dialogmøte 2, bør dialogmøte 3 også fremskyndes. Da bør det kanskje gjøres en arbeidsevnevurdering i forkant heller enn å vente med dette til det har gått 12 måneder og personen går over på arbeidsavklaringspenger (AAP), slik som er praksis i dag.

Oppfølgingspliktene gjelder uavhengig av om arbeidstaker er helt eller delvis sykmeldt

Dette er et spørsmål om mengde både for arbeidsgiverne og for NAV. Gradert sykmelding betyr at man ikke har full kapasitet, og det vil ofte være nødvendig med tett oppfølging for å unngå for stor belastning eller at den graderte sykmeldingen varer lenger enn nødvendig. Da må man igjen vurdere hva som er årsaken til det ene eller andre og sette inn de riktige tiltakene.

Konklusjon: Dette bør opprettholdes.

NAV skal følge opp med sanksjoner overfor de som ikke følger opp sitt ansvar i oppfølgingsarbeidet

Intensjonen med sanksjonene er å få arbeidsgiverne, legene og den sykmeldte selv til å følge reglene for oppfølging av sykmeldte. Vi finner det ikke sannsynlig at dagens modell for oppfølging av sykmeldte er så riktig innrettet at kontrollen, rapporteringen eller sanksjonene kan forsvares som et effektivt tiltak for å redusere unødvendig sykefravær.

Konklusjon: Myndighetene og partene har gitt NAV rollen som et kontrollorgan heller enn samarbeidspart. Inkluderingsviljen blant arbeidsgiverne blir svakere, og systemet svekker derfor intensjonene i det mer overordnede IA-samarbeidet.

Konklusjon

Det er mange ulike typer sykefraværstilfeller. Et viktig skille er mellom de som ikke kommer tilbake i arbeid selv om de er friske nok til det, og de tilfellene der langtidsfravær er nødvendig for å bli frisk. De som egentlig er friske nok til å arbeide, men er sykmeldt står for det vi kan kalle ugunstig eller unødvendig langtidsfravær. De har sterkt forhøyet risiko for å falle ut av arbeidslivet via sykepenger, arbeidsavklaringspenger og til slutt som mottakere av uføretrygd. Det er her det store samfunnsøkonomiske tapet er, fordi disse menneskene potensielt kunne hatt et liv i arbeid i stedet for å være utenfor. Dette er den store utfordringen i sykefraværarbeidet – man vet ikke alltid hvilken gruppe den enkelte sykmeldte tilhører (moral hazard i sykelønnsordningen og asymmetrisk informasjon). Derfor er det innført et omfattende system for oppfølging av sykmeldte, et system som gjelder alle sykmeldte (med krav om oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner). Våre resultater viser at dette systemet er svært ressurskrevende, både for arbeidsgivere, NAV og leger, uten at det kan sannsynliggjøres noen særlig effekt på sykefraværet.

Vi finner at jobbmobilitet og relasjoner på arbeidsplassen har betydning for om folk kommer tilbake etter sykmelding når de er friske nok. Dårlige relasjonelle omgivelser rundt et sykefravær kan både forlenge helseproblemene og hindre tilfriskning, men det kan også føre til at den sykmeldte ikke kommer tilbake i jobb når helsen tilsier at han/hun kunne jobbet. De med høy jobbmobilitet klarer seg selv, de finner en ny jobb når de blir friske nok til det dersom de har en dårlig relasjon til arbeidsplassen de ble sykmeldt fra. Man må derfor anta at folk som forblir sykmeldt selv om de er friske nok til å komme tilbake i jobb, har lav jobbmobilitet og dårlig relasjon til hele eller deler av arbeidsplassen (leder, kolleger, arbeidsoppgaver eller annet).

Gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte er viktig for å sikre at mennesker som blir syke blir tatt godt vare på, og for at arbeidsgivere skal være trygg på hva de skal gjøre når noen av de ansatte blir syke. Gjennom arbeidet med IA-avtalen og lovendringer har mange virksomheter nå på plass et system for oppfølging av sykmeldte og rutiner for hva de skal gjøre. Oppfølgingsplaner og dialogmøter i en tidlig fase av sykefraværet er dermed viktig, selv om dagens form og innhold ikke er optimalt. All rapporteringen, kontrollene og sanksjonene har i praksis liten betydning for hvem arbeidsgiver velger å tilrettelegge for og om de som blir sykmeldt kommer tilbake så snart de er friske, eller om de forblir sykmeldte. Tiltak fra NAV bør sannsynligvis i større grad handle om kompetanseheving. I et land som Norge, med et offentlig finansiert utdanningssystem, bør man i et samfunnsøkonomisk perspektiv i mye større grad bruke kompetanseheving gjennom utdanning som et tiltak, når alternativet er passivitet eller deltakelse på tiltak uten dokumentert effekt.

Vi foreslår å nullstille sykefraværsdebatten og heller starte om igjen med følgende spørsmål: Hvorfor kommer ikke folk tilbake på jobb når de er friske nok til det? Med dette oppstår en rekke nye ideer og muligheter, både i forhold til system og regler (utvikle et system hvor potensielt unødvendig langvarig sykefravær identifiseres på et tidlig tidspunkt), tiltak (som tar hensyn til at lav jobbmobilitet og at dårlige relasjoner på arbeidsplassen potensielt ligger bak langtidsfravær) og ikke minst med tanke på insentiver med tilhørende virkemidler (for å skape gode relasjoner på arbeidsplassene og for å få til inkludering i arbeidslivet for dem med lav jobbmobilitet).

Innstramminger i sykelønnsordningen med lavere kompensasjon ved sykdom kan føre til at personer med helseproblemer trekker seg bort fra arbeidslivet, fordi risikoen med å delta blir for stor. Økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær kan redusere inkluderingsviljen blant arbeidsgiverne. Sterkt fokus på sykefravær med rapportering, kontroller og sanksjoner mot arbeidsgivere og arbeidstakere, har trolig den samme effekten.

Det er viktig å presisere at det å vurdere et så omfattende system som er innført for å følge opp sykmeldte ikke er en eksakt vitenskap. Vi har samlet mye informasjon fra alle involverte aktører, og målet har vært å få et overordnet og godt sammensatt bilde av hvordan dagens system fungerer. Det fantes nesten ingen kunnskap om dette feltet før vi gikk i gang med dette prosjektet, så det var ikke slik at data lå tilgjengelig og kunne analyseres gjennom for eksempel registerdataanalyser. Det er svært mange dimensjoner i dette prosjektet, og vi har brukt lang tid for å komme frem til konklusjonene. Vi håper at myndighetene og partene i arbeidslivet kan bruke funnene fra prosjektet i det videre arbeidet med å skape et mer inkluderende arbeidsliv.

1 Innledning

1.1 Hovedmål med prosjektet

Hovedmålet med prosjektet er å bidra til at myndighetene og partene i arbeidslivet får et godt kunnskapsgrunnlag når de skal utvikle og eventuelt justere reglene for oppfølging av sykmeldte. Prosjektet skal bidra til å utvikle god kunnskap om de enkelte fasene i gjeldende oppfølgingsmodell. Rapporten må ses i sammenheng med evalueringen av IA-avtalen og protokollen, som den samme forskningsgruppa gjennomfører parallelt.¹ Den rapporten kommer i juni 2013.

Det er et ambisiøst prosjekt som skal gi ny kunnskap om innholdet og gjennomføringen av de enkelte punktene i tidsaksen for sykmeldingsoppfølgingen basert på informasjon fra alle involverte aktører.

Hovedaktørene i oppfølgingen av sykmeldte er:

- Arbeidstakere inkludert sykmeldte
- Arbeidsgivere og ledere
- Bedriftshelsetjenester (ansatte og ledere)
- Leger (fastleger og NAV leger)
- NAV ansatte og ledere (fra NAV-kontor og NAV arbeidslivssenter)

Som alltid er det viktig å bygge videre på eksisterende kunnskap fra tidligere forskning. Hvert kapittel inneholder derfor en grundig litteraturgjennomgang, der både nasjonale og internasjonale vitenskapelige publiseringer er gjennomgått og oppsummert.

1.2 Elementer i sykefraværsoppfølgingen som dekkes av vurderingen

Hovedelementene i sykefraværsoppfølging som vi fokuserer på i denne rapporten inkluderer følgende krav og plikter:

- At arbeidsgiver i samarbeid med arbeidstaker skal utarbeide oppfølgingsplan senest innen 4 ukers sykmelding
- At oppfølgingsplanen alltid skal sendes til sykmelder (vanligvis fastlegen)
- Hvis arbeidstakeren har vært sykmeldt helt eller delvis i 7 uker, skal arbeidsgiver innkalle til dialogmøte (Dialogmøte 1, DM1)
- Sykmelder skal delta på DM1, med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses som hensiktsmessig
- Bedriftshelsetjenesten skal være representert i DM1
- Oppfølgingsplanen skal oppdateres på DM1
- Innen 9 uker skal arbeidsgiver sende oppfølgingsplanen til NAV, sammen med rapporteringsskjema med informasjon om oppfølgingsarbeidet

¹ I protokollen tilhørende IA-avtalen er innsatsen knyttet til sykefravær samlet. Dette er innsats som gjelder alle virksomheter og ikke bare IA-virksomhetene. Denne skal også evalueres i SINTEF sin evaluering og gjennom dette prosjektet samler vi forskningen som handler om sykefraværsoppfølgingen. Den delen av evalueringen av IA-avtalen og protokollen som handler om oppfølging av sykmeldte vil dermed bygge tungt på funnene fra denne rapporten.

- NAV-kontoret skal innkalle til et Dialogmøte 2 (DM2) senest innen 26 uker. Både arbeidstaker og arbeidsgiver er pliktig til å delta, sykmelder og annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig.
- Hvis arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder eller NAV mener det er behov for det, skal DM2 framskyndes
- Det er mulig å be om et dialogmøte 3
- NAV skal følge opp med sanksjoner overfor de som ikke følger opp sitt ansvar i oppfølgingsarbeidet, både overfor arbeidsgiver, arbeidstaker og leger.
- Oppfølgingspliktene gjelder uavhengig av om arbeidstaker er helt eller delvis sykmeldt

Hvis pliktene ikke overholdes, vil arbeidsgiver kunne ilegges overtredelsesgebyr tilsvarende 6 rettsgebyr (5 160 kroner pr. 1.7.2011) for hvert pliktbrudd, arbeidstaker risikerer stans i sykepengene, og sykmelder risikerer å bli ilagt et overtredelsesgebyr på tilsvarende 12 rettsgebyr (10 320 kroner pr. 1.7.2011) ved manglende oppmøte på minst 7 dialogmøter. Sykmelder risikerer også å miste retten til å skrive sykmeldinger. Det vil sendes forhåndsvarsel før NAV eventuelt iverksetter sanksjoner.

Hensikten med dette systemet er å få innarbeidet en forpliktende oppfølgingskultur og en god dialog mellom arbeidsgiver, arbeidstaker, sykmelder og NAV. Dette systemet som nå er bygget opp rundt oppfølging av sykmeldte fremstår som partenes og myndighetenes viktigste tiltak for å redusere sykefraværet. For de aller fleste fremstår systemet rundt oppfølgingen av sykmeldte som det viktigste av IA-tiltakene og for mange er oppfølgingsregimet synonymt med IA-avtalen.

1.3 Hvordan vurdere effekt av reglene for oppfølging av sykmeldte?

Uten kontrollerte forsøk der man systematisk tester ut effekten av tiltak, er det generelt vanskelig å måle den faktiske effekten av tiltaket. Randomiserte kontrollerte forsøk er utviklet innen medisinfaget primært for å identifisere og måle effekten av medisiner på helsen. Da kan man randomisere eller plassere pasienter i tilfeldige grupper og måle effekt av både type medisin og dosering.

Det er også mulig å gjøre kontrollerte forsøk på tiltak rundt sykefravær, men det er likevel vanskelig å identifisere effekten av tiltaket fordi sykefravær påvirkes av en rekke andre faktorer enn tiltaket. Med en randomisering av en relativt stor gruppe mennesker, eller en randomisering av homogene virksomheter og et relativt omfattende tiltak – ville det vært mulig å teste ut effekten på sykefraværet av tiltaket. Det er altså vanskelig i utgangspunktet å isolere en tiltakseffekt på sykefraværet, men det blir umulig uten systematiske godt designede forsøk.

Etter at et tiltak er implementert i stor skala, har man dermed mistet muligheten til å isolere effekten av tiltaket. Dette er situasjonen rundt reglene for oppfølging av sykmeldte. De er innført nasjonalt uten systematisk utprøving, og det er dermed umulig å identifisere en effekt på sykefraværet. Kanskje har oppfølgingen av sykmeldte ingenting å si for utviklingen i sykefraværet, eller kanskje har oppfølging svært mye å si for utviklingen i sykefraværet. Hvordan skal vi sannsynliggjøre det ene eller det andre?

Vi står igjen med muligheten for en erfaringsbasert vurdering etter at tiltaket er gjennomført. Det er dette vi har gjort i dette prosjektet. Vi har samlet inn svært omfattende informasjon både gjennom

intervjuer og gjennom spørreskjema. Basert på mange ulike sammenstillinger og analyser av datagrunnlaget har vi gjort en grundig faglig vurdering av følgende problemstilling:

Er de ulike elementene i systemet rundt oppfølging av sykmeldte gode virkemidler og kan man sannsynliggjøre en positiv effekt på sykefraværet?

1.4 Avgrensninger

Diskusjonen rundt den faglige begrunnelsen for satsning på tettere oppfølging av sykmeldte gjennom regelendringen 1. juli 2011 og hvilken virkning denne endringen har hatt, faller utenfor dette prosjektet. Regelendringen tilhører evalueringen av IA-avtalen og Protokollen og tas med i neste rapport. I dette prosjektet ser vi grundig på hvordan dagens system rundt oppfølging av sykmeldte fungerer, basert på informasjon fra alle involverte aktører. En vurdering av hvorvidt sykefraværet er høyt eller ikke i Norge, faller også utenfor dette prosjektets problemstillinger. En grundig gjennomgang av historikken rundt endringer i reglene for sykefraværsoppfølging anses heller ikke som viktig i dette prosjektet, men vi starter neste kapittel med en kort oppsummering av bakgrunnen for dagens oppfølgingsregime.

1.5 Metode og datagrunnlag

Metodisk tilnærming og datagrunnlag er detaljert beskrevet i hvert kapittel. Her oppsummerer vi omfanget i hver datainnsamling. Mye av datagrunnlaget er felles med den pågående evalueringen av IA-avtalen.

Vi har gjennomført intervju med:

- Sykmeldte (dybdeintervju med 18 langtidssykmeldte)
- Tillitsvalgte/verneombud (enkeltintervju med 20 tillitsvalgte og 20 verneombud)
- Arbeidsgivere/ledere (enkeltintervju med 40 ledere)
- Bedriftshelsetjenester (BHT) (Intervju i 10 BHT-er)
- NAV ALS og NAV lokalt (enkeltintervju med ledere og fokusgruppeintervju med rådgivere i 6 NAV Arbeidslivssenter og enkeltintervju med 21 veiledere i seks ulike NAV-kontor)
- Leger

Svar på spørreskjema fra:

- Virksomheter (N=4 000)
- Leger (N=1 466)
- BHT (N=190)
- NAV ALS (N=338 rådgivere, alle avdelingsdirektører)

Sistnevnte datakilde er relativt lite benyttet i dette prosjektet, men vil i tillegg til registerdata utgjøre et viktig datagrunnlag i evalueringsrapporten om IA-avtalen som vi arbeider med parallelt.

1.6 Godkjenninger

Prosjektet er godkjent av REK (2011/2045/REK midt) for å kunne intervju sykmeldte og Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) for både evalueringen av IA-avtalen og for oppfølgingsprosjektet (nr 27830 og 27896) inkludert godkjenning om å bruke datakildene i flere prosjekt.

2 Regelverk og kunnskapsbakgrunn

2.1 Bakgrunn for dagens oppfølgingsregime

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

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

1. juli 2011, ble det igjen gjort endringer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Det ble innført mer av det samme som i 2004 og 2007; enda større fokus på arbeidsaktivitet og enda tettere og tidligere, oppfølging av sykmeldte. Endringene kom på bakgrunn av anbefalinger om en «*aktiviserings- og nærværsreform*» fra Stoltenberg II-regjeringens oppnevnte ekspertgruppe for sykefravær (Mykletun et al. 2010). På bakgrunn av effekter ekspertgruppa så av regelendringene i 2004, ble det foreslått at gradert sykmelding skal være hovedregelen ved sykefravær. For fravær ut over åtte uker skulle det bare rent unntaksvis benyttes 100 prosent sykmelding. Tiltaket impliserer tro på at det fortsatt er et uutnyttet potensial for gradering av sykmeldinger. Med regelendringene 1. juli 2011 fulgte også et mer formelt møte- og rapporteringssystem i oppfølgingen av sykmeldte. Både arbeidsgiver, arbeidstaker, NAV, BHT og fastlegen forpliktet til å bidra i sykefraværsoppfølgingen, og manglende rapportering og deltakelse utløser økonomiske sanksjoner².

2.2 Regler for oppfølging av sykmeldte

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

² Sanksjoner mot arbeidsgivere trådte i kraft først 1.1.2012, etter innspill fra arbeidsgiverorganisasjonene om behov for tid til å tilpasse seg de nye reglene.

oppfølgingsarbeidet. Vi kommer tilbake til detaljene rundt hver lovbestemmelse i de enkelte kapitlene, men gir her en kort oppsummerende beskrivelse og diskuterer kort tilretteleggingsplikten og medvirkningsplikten

2.2.1 Oppfølgingsplaner og dialogmøter

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.2 Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt

For arbeidsgiverne er ikke tilretteleggingsplikten nærmere definert enn at det skal tilrettelegges for arbeidstaker "så langt det er mulig" (Arbeidsmiljøloven § 4-6). Plikten gjelder uavhengig av diagnose, arbeidsforhold, stillingsgrad, og om reduksjonen i arbeidsevne er arbeidsrelatert eller ikke, varig eller

midlertidig. Arbeidsgiver skal først og fremst prøve å legge forholdene til rette for at de ansatte kan fortsette sine vanlige arbeidsoppgaver. Dersom dette blir vanskelig, skal mulighetene for annet passende arbeid i virksomheten vurderes. I følge en veiledning utarbeidet i samarbeid mellom Arbeidstilsynet, NAV og Petroleumsstilsynet (ANP 2011), betyr dette at tilretteleggingsplikten er vidtrekkende, men ikke absolutt. Arbeidsgiver må gjøre en skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle, og for en arbeidstaker som har fått nedsatt arbeidsevne, må arbeidsgiver "gjøre betydelige anstrengelser for at vedkommende skal kunne fortsette i virksomheten". Arbeidsgiver må kunne dokumentere forsøk på tilrettelegging og oppfølging. Graden av tilrettelegging eller forsøk på dette, viser arbeidsgivers vilje til å ta vare på egne ansatte. Arbeidstaker må på sin side medvirke i tilretteleggingsarbeidet.

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

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

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

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

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

Det er vanskelig å skulle vurdere hvor grensen for tilretteleggingsplikten går for den enkelte arbeidsgiver. Hvis man kommer til en situasjon der arbeidsgiver finner at ytterligere tilrettelegging ikke er mulig, skal det kunne dokumenteres at alle relevante alternativer er vurdert og eventuelt forsøkt gjennomført. Dette gjelder både tilrettelagte oppgaver i arbeidstakers vanlige arbeid, og evt. annet arbeid i bedriften.

2.2.3 Arbeidstakers medvirkningsplikt

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

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

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

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

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

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

Plikten for arbeidstaker til å delta i dialogmøter kom inn i loven i 2007. I Ot. prp. nr. 6 (2006-2007) vises det til at dersom dialogmøte skal lede til konkrete beslutninger om mulige tilretteleggingstiltak og videre oppfølging for å sikre tilbakeføring til arbeid, er det en forutsetning at arbeidstaker opplyser om sin arbeidsevne og medvirker aktivt i møtet. Videre understrekes betydningen av at arbeidstaker slutter opp om en dialog med arbeidsgiver om mulig tilrettelegging av arbeidet, og deltar aktivt i forhold til bruk av de virkemidler som står til rådighet for arbeidsgiver og arbeidstaker. Arbeidstakers bidrag er en forutsetning for at arbeidsgivers sykefraværarbeid skal ha reell effekt, og det må således stilles krav til arbeidstakers medvirkning i tilretteleggingsprosessen.

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

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

2.3 Oppfølging, gradering og tilrettelegging – tidligere forskning

2.3.1 Tilretteleggingsplikt og medvirkningsplikt

De nye reglene for oppfølging av sykmeldte ble iverksatt 1. juli 2011. Endringene i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven i 2011 er en videreføring av endringene 1. mars 2007.

Svært få studier diskuterer eller evaluerer de enkelte punktene i arbeidet med å følge opp sykmeldte. De arbeidene vi har funnet har vært masteroppgaver, flertallet av dem innenfor rettsvitenskap, der ulike juridiske aspekter ved lovendringene drøftes. For eksempel diskuterer Nomat (2011) hvilke plikter arbeidsgiver og arbeidstaker har ved redusert arbeidsevne. Her analyserer hun blant annet partenes forpliktelser rundt oppfølgingsplan og gjennomføring av dialogmøter. Etter arbeidsmiljølovens § 4-6 har arbeidsgiver plikt til individuell tilrettelegging ved redusert arbeidsevne som følge av sykdom eller skade:

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 (Arbeidsmiljøloven, § 4-6, 1).

Hva "så langt det er mulig" betyr innebærer en helhetsvurdering av virksomhetens økonomi og størrelse, hensynet til andre ansatte i virksomheten, varigheten av den reduserte arbeidsevnen og forhold på arbeidstakers side. I Prop. 89 L (2010–2011) spesifiserer regjeringen at hva som er mulig skal tolkes strengt. Som Nomat (2011) viser er det er likevel rom for skjønn. Prop. 89 L (2010–2011) presiserer at arbeidstakerens medvirkning til tilretteleggingen også har betydning for hva som kan kreves av arbeidsgiver. I arbeidsmiljøloven heter det blant annet at "arbeidstaker skal medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner ved helt eller delvis fravær fra arbeidet på grunn av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, [og] delta i dialogmøte etter innkalling fra arbeidsgiver" (Arbeidsmiljøloven, § 2-3, 2f-g). Folketrygdlovens § 8-8 fastslår videre at medlemmer i folketrygden

plikter å "gi opplysninger til arbeidsgiveren og Arbeids- og velferdsetaten om egen funksjonsevne og bidra til at hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet og utprøving av funksjonsevnen blir utredet og iverksatt [og] å medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner og delta i dialogmøter." Dersom arbeidstakeren ikke bidrar til dette vil retten til sykepenger falle bort.

Hvor sterk denne medvirkningsplikten står, ble slått fast i en dom i Borgarting lagmannsrett i august 2012. Her ble NAV frifunnet etter å ha stanset utbetalingen av sykepenger på grunn av manglende medvirkning fra arbeidstakers side. Bakgrunnen for saken var en sykmelding for "psykisk ubalanse, stressreaksjon", og NAV underkjente sykmeldingen fordi arbeidstakeren nektet å møte arbeidsgiver og ikke hadde medvirket til å få vurdert arbeidsevnen utenfor arbeidsforholdet (IA-nytt 2012).

En masteroppgave i retts sosiologi ser på effekter av tilretteleggingsplikten med IA-virksomheten Widerøe som case (Busch-Christensen 2005). Masteroppgaven er fra før de siste lovendringene, men er likevel verdt å ta med. Forfatteren viser til flere eksempler der arbeidsgiver strekker seg langt for å tilrettelegge, men der særlig tilrettelegging for delvis sykmeldte piloter er krevende. Han konkluderer med at tilretteleggingsplikten er godt integrert i sykefraværarbeidet, og at tilretteleggingsplikten har ført til at flere får tilbud om tilrettelagt arbeid, men det er usikkert i hvilken grad tilretteleggingen isolert sett bidrar til å få ned sykefraværet.

En Fafo-rapport ser på tilrettelegging generelt i norsk arbeidsliv (Trygstad og Bråten 2011). Basert på spørreskjema blant 6000 arbeidstakere og intervjudata fra fem forskjellige virksomheter finner de at arbeidstakerne mener at gradert sykmelding er den vanligste formen for tilrettelegging, fulgt av jevnlig medarbeidersamtaler og tilbud om tilrettelagte arbeidsoppgaver. 55 prosent av de spurte har fått tilbud om bruk av gradert sykmelding, mens 49 prosent har fått tilbud om tilrettelagte arbeidsoppgaver. Flere steder er det imidlertid vanskelig å tilrettelegge, fordi det er mangel på alternative arbeidsoppgaver.

2.3.2 Dialogmøter

En masteroppgave i rettsvitenskap ser på bruken av Dialogmøte 1 og hvorvidt dette oppleves som et nyttig verktøy i oppfølgingen av sykmeldte (Sørensen 2012). I tillegg til den juridiske analysen av lovtekster er oppgaven basert på intervjuer med arbeidsgivere og arbeidstakere ved seks bedrifter innenfor transport. Forfatteren fant blant annet at oppfølgingsplanen ble laget av arbeidsgiver eller arbeidsgiver og arbeidstaker i samarbeid. Tidspunktet for når oppfølgingsplanen ble laget varierte med sykdomsbildet til arbeidstakeren. Ifølge arbeidsgiverne skjer innkalling til Dialogmøte 1 gjerne i uke fem og seks, evt. tidligere ved ønske om å få inn NAV så tidlig som mulig. Hvis arbeidstakeren hadde en historie med høyt sykefravær var det også aktuelt å kalle inn tidligere. Arbeidstakerne mente at de ble innkalt noe senere. Det var også ulike rutiner for innkalling i de ulike bedriftene. Den største utfordringen var å få sykmelder til å møte. Alle informantene er positive til at sykmelder og bedriftshelsetjeneste deltar i dialogmøtet. Flere arbeidstakere gir uttrykk for at de ikke visste at det var frivillig å være åpen om diagnosen. De gir også inntrykk for at stemningen på dialogmøtet er spent og ubehagelig. Arbeidsgiverne opplever at arbeidstakerne har lite kunnskap om reglene for sykefraværsoppfølging, både rettigheter og plikter, og at dette er et problem. Flere arbeidsgivere hadde også liten kompetanse, og de så på sykmeldingsarbeidet som tidkrevende. Likevel er både arbeidsgivere og arbeidstakere jevnt over positive til Dialogmøte 1 og tilrettelegging på arbeidsplassen, og har tro på at det gjør det lettere for sykmeldte å komme tilbake i jobb.

En masteroppgave i helsefag ser på hvordan sykmeldte opplever Dialogmøte 2 (Davies 2010). Oppgaven er basert på dybdeintervju med seks sykmeldte, så overførbarheten er begrenset, men funnene er likevel interessante. Et hovedfunn er at informantene opplevde at det kom lite konkret ut av møtet, og det var mer fokus på begrensninger enn på muligheter og ressurser. Flere følte at de ble sett på som en diagnose og ikke som et individ. Informantene i studien ønsket å komme tilbake i aktivitet så fort som mulig, men opplevde press fra arbeidsgiver og NAV som en stressfaktor. Andre opplevde at forslagene deres til aktivitet ble avfeid som urealistiske. Forfatteren konkluderer med at begrepet "dialogmøte" er misvisende: de sykmeldte opplever ikke å bli invitert til en dialog.

2.3.3 Leger på dialogmøte

I etterkant av regelendringene 1. juli 2011 er det gjort flere mindre justeringer for å bedre samarbeidet mellom NAV og sykmelder. Våren 2012 endret NAV de interne retningslinjene slik at det blir tatt kontakt med sykmelder i forkant av innkallingen til dialogmøter. Man kan da komme fram til passende tid, sted og format (telefon, video eller personlig oppmøte). Saksbehandler i NAV skal også legge inn epostadresse og direkte telefonnummer i innkallingsbrev til dialogmøter (Kvanvik 2012).

NAV har også endret rutine for automatisk utsending av varsel når sykmelder ikke møter til dialogmøter, men har varslet om dette på forhånd. Tidligere fikk sykmelder som ikke møtte til dialogmøte automatisk varslings om overtredelsesgebyr, selv om fraværet var meldt inn på forhånd og sannsynligvis på gyldig grunnlag (Johannesen 2012).

2.3.4 Våre tidligere funn og konklusjoner

Vi har tidligere forsket på elementene rundt både oppfølging, gradering og tilrettelegging. I "Graderingsrapporten" vår fra tidlig 2012 (se Ose et al., 2012) konkluderte vi på en rekke punkter. Der vi avsluttet den rapporten, fortsetter denne. Vi tar derfor med den delen av sammendraget fra forrige rapport som handler om oppfølging, gradering og tilrettelegging.

Alle aktører er positive til gradering av sykmeldingene

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

Virker tiltaket?

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

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

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

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

Omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiver

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

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

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

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

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

Mange arbeidsgivere får til å tilrettelegge og dermed fungerer det godt å ha ansatte som er gradert sykmeldt. De aller fleste arbeidsgiverne melder likevel om at det finnes en grense for hvor mange som kan ha gradert sykmelding eller tilrettelagt arbeid. Særlig vet vi at

mange kommunale pleie- og omsorgstjenester, sykehus og hotell sier de har nådd en slik grense.

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

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

Vil økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær gi lavere sykefravær?

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

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

Arbeidsgiverbetaling i tilfeller med manglende tilrettelegging vil ramme svært skjevt

Forslaget fra "Ekspertutvalget for sykefravær" i 2010 var som følger:

"Sykmeldinger skal som hovedregel være gradert etter 8 uker, selv om dette krever omfattende tilretteleggingstiltak fra arbeidsgivers side og innebærer vesentlige endringer i arbeidsoppgaver for arbeidstakeren. For å gi et tydelig insentiv for bruk av graderte sykmeldinger, begrenses folketrygdens refusjon av sykepenger til maksimalt 80 pst. etter åtte ukers sykefravær. Dette innebærer at det innføres en egenandel for arbeidsgiver på 20 pst. i de tilfeller gradert sykmelding ikke kan gjennomføres." (Ekspertutvalgets rapport punkt 3 side 9).

Dette tiltaket er foreløpig ikke gjennomført, men det er så vidt vi vet heller ikke avvist av myndighetene og partene. Basert på våre funn i dette prosjektet, konkluderer vi med at utvalget ikke tar hensyn til at arbeidsgiver får økte utgifter knyttet til tilrettelegging, og

dette må være basert på en tro på at det er et økonomisk potensial for alle arbeidsgivere å kunne tilrettelegge for alle som har behov for det. Om de velger å ikke gå den veien, må de etter dette forslaget dekke 20 prosent av sykepengene.

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

Motivasjon for å komme tilbake til arbeidsplassen ved sykefravær

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

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

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

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

I situasjon 3 er det den ansatte som ikke har særlig lyst til å komme tilbake til arbeidsplassen. Sykmeldingen vil i slike tilfeller kunne bli langvarig. Som vist i kapittel 5 i Ose et al., 2012, har legen begrensede muligheter til å unngå at personen blir sykmeldt, dersom den sykmeldte selv har et sterkt ønske om å være borte fra arbeidsplassen. Selv om arbeidsgiver foreslår tilretteleggingsoppgaver, og den ansatte følger forslagene fordi de har plikt til å gjøre det, vil situasjonen være ustabil fordi den ansatte egentlig ikke ønsker å være på arbeid. Dette er vanskelige tilfeller, både for arbeidsgiveren, for legen og selvsagt for den ansatte som ikke trives i jobben sin. Det er ulike handlingsalternativer, men stort sett er dette opp til den ansatte selv: Selv bidra til et godt arbeidsmiljø i virksomheten, forsøke å få arbeidsgiver til å se sin situasjon eller se etter andre jobbmuligheter. Uansett er det et grunnleggende manglende ønske om å være på jobb som gjør at fraværet trekker ut, og dette kan være kjent eller ukjent for arbeidsgiver. Dersom lederen har et godt forhold til sine ansatte, vil de sannsynligvis kjenne til hvorfor den ansatte ikke er motivert, og ofte kan arbeidsgiveren gjøre noe med dette. Dersom det er dårlig arbeidsmiljø og konflikter på avdelingen der den sykmeldte arbeider, så bør de sannsynligvis sette inn tiltak for å rydde opp slik at folk ønsker å være på jobb. Dersom det er forhold utenfor jobb som gjør at den ansatte ikke ønsker å komme tilbake, kan også arbeidsgiveren bidra til å gjøre jobbsituasjonen enklere i en periode. Da kommer vi inn på muligheter internt, hvor viktig den ansatte er for virksomheten osv. Dersom arbeidsgiver er positiv til å få den ansatte tilbake til jobb, betyr det at den ansatte er viktig for arbeidsplassen og arbeidsgiver kan være villig til å strekke seg langt for å få til en løsning. Dette kan da ende med en friskmelding og en løsning på arbeidsplassen.

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

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

Effekt for de utenfor arbeidslivet

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

være utenfor. Arbeidsgiverne vil kunne ha sterkere fokus på å rekruttere de med lav sannsynlighet for sykefravær om det blir for krevende med sykefravær (krav om grenseløs tilrettelegging, sanksjoner mot arbeidsgivere som ikke får til å tilrettelegge, arbeidsmiljø som måles med sykefraværsprosent osv). Dette betyr at intensjonen om inkludering i praksis blir snudd til ekskludering, og vi er i så måte på feil spor for å få til et inkluderende arbeidsliv. Med det sterke fokuset på sykefravær er det kanskje igjen store målkonflikter mellom delmålene i IA-avtalen

Hvem tilrettelegges det for?

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

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

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

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

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

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

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

2.4 Oppsummert

Det finnes svært lite forskning om effekt av og erfaring med dagens oppfølgingsregime av sykmeldte. Det mest relevante arbeidet er det vi gjorde i forbindelse med graderingsprosjektet i 2011 og 2012. Vi har derfor tatt med konklusjonene fra dette arbeidet inn i denne rapporten, for å vise hvilken kunnskap vi bygger videre på i de neste kapitlene. Ut over rapporten blir det tydelig at vi finner støtte og forsterkning til tidligere funn, heller at det kommer frem helt nye elementer. Der det er mye nytt er i kapitlene om NAV og om BHT og dette skyldes at det er gjort svært lite på dette tidligere.

3 Arbeidstakers erfaringer

3.1 Tidligere forskning

Å være sykmeldt:

Det er ingen tvil om at unødvendig sykefravær er en realitet. Pasienten anklages for å be om sykmelding altfor lett, legen for å være altfor slippshendt med sykesedlene. Er han redd for å miste pasienter? (...) Pasienter som urettmessig er borte fra arbeid faller i flere grupper. Noen begynner igjen når det passer med arbeidsuken, noen er borte mens de venter på ny jobb, noen arbeider hjemme, noen forlenger sykefraværet for å få det til å passe inn med ferie- og helligdager, noen er sosiale parasitter som skal dra mest mulig fordeler av velferdsstaten (Syk, du? 2012 [1966]).

3.1.1 Innledning

Å redusere sykefraværet har vært et uttalt politisk mål siden den første IA-avtalen ble undertegnet i 2001. Sitatet over viser at diskusjonen rundt sykefraværet og hvor mye av dette som er reelt på ingen måte er ny. Det er en forutsetning for gyldig sykefravær at den sykmeldte har en medisinsk tilstand som hindrer ham eller henne i å utføre arbeidsoppgavene sine. Som vi skal se er diskursen rundt ansattes arbeidsmoral både forenkende og til dels misvisende. Vår gjennomgang av litteraturen viser at legitimitet er et tilbakevendende tema: ansatte er opptatt av at fraværet skal være legitimt, og det påvirker atferden deres både når de velger å gå på jobb til tross for at de er syke (sykenærver), og når de er sykmeldt. Flere studier rapporterer om negativt nærværspress. Samtidig viser mye av den samfunnsøkonomiske litteraturen at det lett å misbruke sykelønnsordningen. I det følgende går vi gjennom den nasjonale og internasjonale forskningslitteraturen rundt opplevelsen av å være sykmeldt, forhold som øker sannsynligheten for at en tidligere sykmeldt kommer tilbake i jobb, og ulike strategier for å mestre eller håndtere sykdom. Funnene i forskning fra alle land er ikke alltid overførbare til Norge, men det er vanskelig å vurdere når og hvordan man kan sammenlikne funn mellom land.

I den internasjonale forskningslitteraturen rundt sykefravær refereres det gjerne til "Return To Work" (RTW) om prosessen der sykmeldte vender tilbake i arbeid når de er klar for det (Steenstra et al. 2012). I mangelen på et veldefinert og innarbeidet norsk begrep bruker vi her RTW for å referere til tiltak og strategier for å få ansatte som er, eller har vært, sykmeldt tilbake i jobb. RTW kan forstås som en endring i atferd, der det er den ansatte som tar den endelige avgjørelsen om å gå tilbake i jobb, men der sosiale, økonomiske og kontekstuelle forhold påvirker beslutningen (Brouwer et al. 2010). Modeller for atferd tar utgangspunkt i at handlinger styres av holdninger og verdier. Forskning viser at rent medisinske forhold ikke nødvendigvis avgjør verken hvem som blir sykmeldt eller varigheten på sykmeldingen (Krause et al. 2001). Dette er også tydelig hvis man ser på legers sykmeldingspraksis, se kapittel fem senere i rapporten. I det følgende skal vi se på ulike aspekter av ansattes holdning til sykefravær, opplevelsen av å være sykmeldt, prosessen med å komme tilbake i jobb. Hvordan arbeidsgiver påvirker den sykmeldte og betydningen av leder og kolleger, er tatt med i kapitlet om arbeidsgivers erfaringer.

3.1.2 Holdninger til sykefravær

Litteraturen rundt ansattes arbeidsmoral og sykefravær kan deles i to: en samfunnsøkonomisk retning som i stor grad baserer seg på registerdata, og en retning med røtter i psykologi og sosiologi som i større grad ser på hva ansatte selv rapporterer av arbeidsmoral og holdninger til sykefravær. Mens den samfunnsøkonomiske forskningen i stor grad finner at de ansatte har for svake incentiver til å gå på jobb, og at sykefraværet dermed blir for høyt, finner den sosiologisk- og psykologisk baserte forskningen at mange ansatte har høy arbeidsmoral og går på jobb også når de ikke føler seg friske. Mange langtidssykmeldte opplever også frustrasjon, skyld og skam over å ikke kunne jobbe.

3.1.2.1 Fravær, arbeidsmoral og nærværspres

Den samfunnsøkonomiske litteraturen rundt sykefravær har vært knyttet til begrepet *moral hazard* eller moralsk risiko. Dersom en arbeidstaker står overfor valget mellom arbeid og fritid vil verdien på ekstra fritid veies opp mot det tilsvarende tapet i arbeidsinntekt. Siden norske arbeidstakere mottar full økonomisk kompensasjon i form av sykepenger fra første dags sykmelding, har de ikke økonomiske incentiver for å gå på jobb. Dersom fritid oppleves som mer attraktivt enn jobb, er det dermed i stor grad sosiale normer og potensialet for negative sanksjoner som forhindrer misbruk av sykelønnsordningen. Moral hazard oppstår når en aktør ikke selv bærer kostnaden, og de i tillegg har mer informasjon enn kostnadsbæreren. I denne sammenhengen viser moral hazard til potensialet for at ansatte er sykmeldt uten å være syk. Dette kan den ansatte gjøre fordi hun eller han har mer informasjon om sin egen helse enn det arbeidsgiver har. Ved egenmeldinger er det arbeidstakeren som vurderer sin egen helsetilstand og gjerne ringer til arbeidsgiver og gir beskjed om at hun eller han er syk. Mer generøse sykelønns-ordninger gir altså høyere sykefravær, og sykelønnsordningen må balansere hensynet til å sikre gode velferdsordninger til de som har behov for det, opp mot hensynet til å gi sterke nok økonomiske incentiver til å jobbe (Johansson og Palme 2005). Ut fra denne logikken vil det være lett å misbruke sykelønnsordningen, og da spesielt egenmeldingen.

Ifølge en upublisert studie av grunnskolelærere i Norge er dette en god beskrivelse av det norske sykefraværet (Bratberg et al. 2010). Studien ser på effekten av individuelle kjennetegn, kjennetegn ved arbeidsplassen (skolene) og kommunene, og finner at det meste av variansen ligger på individnivå. Det vil si at fraværet varierer mest med individspesifikke, ikke identifiserte kjennetegn. Trekk ved skolene og kommunene har også betydning, men en større andel av den uforklarte variansen ligger i forskjeller mellom de enkelte lærerne. Studien finner også en forskjell på legemeldt og egenmeldt sykefravær. Yngre lærere og lærere med mindre erfaring har høyere egenmeldt fravær, mens rektor, andre ledere og lærere med høyere utdanning har lavere egenmeldt fravær. Det legemeldte fraværet øker derimot med alder. Forfatterne tolker dette som at lærere med tettere bånd til arbeidsplassen og mer utdanning opptre mer ansvarlig og dermed i større grad motstår moralsk hazard. Det er verdt å merke seg at studien er basert på registerdata, og kontrollerer ikke for faktisk helsetilstand eller de ansattes holdning til sykmelding.

En svensk studie trekker lignende konklusjoner. Hall og Hartman (2010) ser på samspillet mellom sykelønnsordningen og arbeidsledighetstrygden i Sverige etter en reform i sykelønnsordningen. I Sverige kan arbeidsledige motta sykepenger for en kort periode, ut fra en tankegang om at en aktiv jobbsøker må være frisk. Hensikten med reformen var å redusere forskjellene mellom de to formene for kompensasjon, fordi sykelønnen for noen arbeidsledige ville vært høyere enn dagpengene. Hensikten med reformen var dermed å redusere potensialet for moral hazard. Forfatterne finner at reduksjonen i sykelønnsordningen førte til 36 prosent reduksjon i sykefraværet blant arbeidsledige.

De peker imidlertid på at reformen har ført til økt moral hazard innenfor systemet for arbeidsledighetstrygd, ved at syke personer som i praksis er for syke til å søke jobb ikke sykmelder seg, men fortsetter å motta dagpenger.

En annen svensk studie illustrerer potensialet for moral hazard ved egenmeldinger. Thoursie (2004) ser på menns sykefravær ved to større sportsbegivenheter i Sverige. Argumentet er at dersom kostnaden ved å være hjemme og se sport på TV er lavere enn å gå på jobb er det rasjonelt å bli hjemme. De finner en signifikant økning i menns sykefravær ved ski-VM og OL, både sammenlignet med sykefraværet rett før sendingene og sammenlignet med kvinner, som generelt ser mindre på sport. De finner at større sportsbegivenheter gir omtrent seks prosent økning i sykefraværet blant menn. Menn som er gift har lavere sannsynlighet for å sykmelde seg, og OL-effekten avtar med alder.

Dersom moral hazard er et stort problem ved egenmeldinger er det rimelig å tro at særlig det egenmeldte sykefraværet er høyere rundt helga. Vahtera et al. (2001) undersøker registerdata på alt sykefravær, og på sykefravær på en dag, blant kommunalt ansatte i fem finske byer. De finner at sykefraværet i gjennomsnitt var lavest på mandag, steg fram mot onsdag, og deretter var konstant resten av uka. Sykefravær på kun en dag var i gjennomsnitt 1,4 og 1,9 ganger høyere på mandag og fredag sammenlignet med resten av uka, men dette fraværet utgjorde mindre enn en prosent av det samlede sykefraværet i perioden.

Bjørn et al. (2012) ser på økningen i sykefraværet i Norge i perioden 1993 til 2005 og undersøker om en kohort-effekt, altså det at nye generasjoner trer inn i arbeidslivet, kan ha forårsaket noe av økningen. Det underliggende argumentet er at endrede normer og verdier kan gi høyere sykefravær, noe som burde vise seg når nye generasjoner begynner å jobbe. Det alternative argumentet er at et mer inkluderende arbeidsliv har gitt flere sårbare ansatte med dårligere helse, som tidligere har stått utenfor arbeidsstyrken. I et slikt perspektiv blir et økende sykefravær positivt og et tegn på at man har lyktes med å inkludere en større andel av befolkningen i arbeidslivet. Studien baserer seg på registerdata av alt sykefravær over to uker (1993-2005). Et hovedfunn er at alt annet likt har yngre kohorter lavere sykefravær enn eldre. De finner altså ingen tegn på at arbeidsmoralen har gått ned over tid. De finner heller ingen støtte til antakelsen om at arbeidsstyrken består av flere individer med dårligere helse nå enn før; tvert imot har andelen uføretrygdede gått opp.

Også Markussen og Røgeberg (2012) ser på økningen i sykefraværet i perioden 1993 til 2005, men med fokus på sykefraværet knyttet til større livshendelser som separasjon, graviditet og ektefelles død. Basert på registerdata beregner de det ekstra sykefraværet knyttet til disse livshendelsene sammenlignet med en kontrollgruppe med tilsvarende kjønn, alder, utdanning og inntekt i 1993 og 2005. På begge tidspunktene hadde personer som gikk gjennom en større livshendelse større sykefravær enn kontrollgruppa, men forskjellen mellom gruppene var større i 2005 enn i 1993. Mens gravide hadde 15,4 prosentpoeng høyere fravær enn kontrollgruppa i 1993, hadde forskjellen økt til 24,8 prosentpoeng i 2005. Tilsvarende hadde nyseparerte 2,5 prosentpoeng mer fravær enn kontrollgruppa i 1993, men 4,4 prosentpoeng høyere fravær i 2005. Lignende økning gjaldt i perioden før separasjon, og i perioden rett før og rett etter ektefelles død. Alle forskjellene var statistisk signifikante. Forfatterne argumenterer for at disse endringene skyldes en holdningsendring hos pasienter og/eller leger snarere enn endringer i medisinske faktorer. De mener også at det er lite

trolig at det er endringer i sammensetninger av arbeidsstyrken som gir disse resultatene, siden den samme endringen også vil gjelde for kontrollgruppene.

I motsetning til disse studiene basert på registerdata bruker Halvorsen (2011) surveydata for å se på egenrapportert arbeidsinvolvering. Han finner at andelen som oppgir at de skulle likt å ha en jobb, selv om de ikke trengte pengene, holder seg jevnt høy i en periode der sykefraværet går opp. Studien er basert på den norske modulen av International Social Survey Program (1989, 1997 og 2005), og sammenligner holdningene til arbeid blant grupper med ulik status på arbeidsmarkedet (yrkesaktive, studenter, pensjonister, uføre, hjemmeværende og arbeidsledige).

En rapport om nordiske arbeidstakers holdning til arbeid finner klare forskjeller i holdninger til sykefravær mellom landene (Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island). Forskjellene er større enn variasjonene innad i hvert land (Dahl et al. 2007). Dette tyder på at det er nasjonale forskjeller i sykefraværskultur. Det er derimot ikke entydig hvilke land som har de mest restriktive holdningene til sykefravær. For eksempel har norske arbeidstakere den høyeste terskelen for å være hjemme fra jobb på grunn av forkjølelse eller lett feber, men den minst restriktive holdningen til fravær på grunn av mobbing på arbeidsplassen. Det går dermed ikke an å trekke konklusjoner om effekten av de ulike sykkelønsordningene på fraværskulturen. Generelt finner rapporten at kvinner, eldre og ansatte i privat sektor, har den mest restriktive oppfatningen om hva som er akseptabel grunn til å være borte fra jobb.

En svensk rapport viser at mange svenske arbeidstakere har liten kunnskap om hva som faktisk er gyldig grunn til å være sykmeldt, og seks av ti mener at det finnes situasjoner der det er riktig å bli sykmeldt selv om man ikke er syk. Fem prosent oppgir å ha vært sykmeldt uten å ha vært syk, og her er det store aldersforskjeller (Modig and Broberg 2002). I tillegg til muligheten for en kohorteffekt kan det også tenkes at det finnes en læringseffekt, der yngre arbeidstakere gradvis sosialiseres til et mer restriktivt syn på fravær. Studien gir dessverre ikke informasjon om det også er store aldersforskjeller i hvor mye de ansatte vet om hva som er gyldig sykefravær.

Spørsmålet om arbeidsmoral og holdninger til arbeid er sammensatt. Både i Skandinavia og ellers i Europa finner flere studier at mange ansatte går på jobb også når de føler seg syke. Taylor et al. (2010) argumenterer for at det økte fokuset på sykefravær i Storbritannia har negative konsekvenser i form av økt press og mistenkeliggjøring, og de rapporterer om en økning i nærværspres og ansatte som ikke tør å være hjemme fra jobb på grunn av sykdom.

En dansk studie ser på hva som kjennetegner ansatte som går på jobb til tross for at de føler seg syke (sykenærvær eller presenteeism) (Hansen og Andersen 2008). Forfatterne skiller mellom arbeidsrelaterte faktorer, personlige forhold og holdninger. Arbeidsrelaterte faktorer er for eksempel tidspress, kontroll over arbeidsoppgavene, forhold til kollegene og jobbsikkerhet. Personlige forhold er for eksempel familiesituasjon og sterk tilknytning til arbeidsplassen. Flere av disse faktorene er også antatt å øke sykefravær, ikke bare sykenærvær. En komplisert familiesituasjon kan for eksempel føre til at det er mer slitsomt å være hjemme enn på jobb. Tidspress kan føre til sykenærvær i første omgang fordi den ansatte ikke tar seg tid til å være syk, men kan også føre til lengre sykefravær på sikt. Hansen og Andersen (2008) argumenterer derfor for at sykefravær og sykenærvær er ulike resultater av samme beslutningsprosess, og at det ene kan føre til det andre i neste omgang. Sykefravær ved et tilfelle kan føre til sykenærvær neste gang en ansatt er dårlig, fordi hun eller han da allerede har vært borte fra jobb en gang. Studien er basert på surveydata (n=12 935), og baserer

seg dermed på egenrapportert sykefravær og sykenærvær. Den kontrollerer heller ikke for mer objektiv helsetilstand, men funnene er likevel interessante. Den viktigste faktoren for å forklare sykenærvær er tidspress på jobb. Av de personlige faktorene er det å ha vanskelig for å si nei den viktigste forklaringsfaktoren. Familiesituasjon kan også øke sjansen for sykenærvær, men denne effekten er svakere. Ansatte med mer restriktive holdninger til når det er legitimt å være borte fra jobb har også større sannsynlighet for sykenærvær.

I en britisk studie så Buck et al. (2011) på ansattes syn på helseproblemer, sykefravær og sykenærvær. Studien baserte seg på fokusgruppeintervjuer med 63 ansatte som ikke var sykmeldt. De ansatte ble spurt om utfordringer på jobben når de har helseproblemer, hva som hjelper dem til å være på jobb eller komme tilbake på jobb når de har helseproblemer, og oppfatningen om sykmeldingspraksisen i virksomheten. I denne studien var sykenærvær normen, og til dels et negativt nærværspres. Mange ville ikke innrømme overfor kolleger at de slet med psykiske problemer. De var også klar over at plagene deres fikk konsekvenser for kolleger, som måtte jobbe mer. Flere uttalte seg kritisk om sykmeldte som kom tilbake i jobb idet når sykepengene opphører (seks måneder i Storbritannia) og mente at andre utnyttet systemet, men ingen oppga å gjøre det samme selv. Flere rapporterte om skyldfølelse hvis de ikke var på jobb. Det var enighet om at det var forskjell på å være frisk nok til å kunne gå på butikken og frisk nok til å gå på jobb. Likevel følte flere at de måtte være inne hele tiden hvis de var sykmeldt, i tilfelle noen kunne se dem. Lederens rolle ble også diskutert, og mange mente at sykefraværet kunne reduseres hvis ledelsen lyktes i å skape et godt arbeidsmiljø. Tillit mellom ansatte og ledere ble sett på som avgjørende. Støtte fra ledelsen kunne også gi legitimitet til sykefraværet, og dermed lette på skyldfølelsen ved å være sykmeldt. Psykisk sykdom og andre usette plager var problematisk i denne konteksten, fordi det var vanskeligere å vise at man virkelig var syk.

Wynne-Jones et al. (2011) intervjuer ansatte med muskel- og skjelettlidelser om holdninger til sykefravær. Informantene var ansatt i offentlig sektor i Storbritannia. De rapporterte om en sterk kultur for sykenærvær. De ansatte var bevisst på at sykefravær påvirker kollegenes arbeidssituasjon, og de var opptatt av hva andre tenkte hvis de var borte en dag.

I en studie fra Tyskland ser Wegge et al. (2007) på effekten av jobbtilfredshet og engasjement på sykefravær. Basert på surveydata og fraværdata fra en større offentlig administrasjon (n=436), finner de at kombinasjonen av engasjement og jobbtilfredshet påvirket sykefraværet. Ansatte med stor tilknytning til arbeidsoppgavene og til arbeidsplassen har det laveste sykefraværet, mens de som scorer lavt på begge faktorene er mest borte. De med liten tilknytning til arbeidsoppgavene, men stor tilknytning til arbeidsplassen, vil være mest følsomme for sykefraværskulturen på arbeidsplassen og hva som oppfattes som legitimt fravær. Mens de som føler stor tilknytning til oppgavene, men ikke til arbeidsplassen vil være mindre påvirket. Funnene indikerer at jobbtilfredshet og forhold til arbeidsplassen har en betydning for sykefraværet, men på mer sammensatte måter enn tidligere antatt.

3.1.2.2 Er sykefravær smittsomt?

En voksende litteratur med bakgrunn særlig i Skandinavia ser på såkalte smitteeffekter i bruken av velferdsordningene. En smitteeffekt vil i denne sammenhengen si at endringer i sykefraværet påvirker normene for hva som er sosialt akseptert fravær, og dermed på sikt gi ulike fraværskulturer. Som Dahl et al. (2007) viser, finnes det til dels store forskjeller mellom de nordiske landene i hva som

oppfattes som gyldig grunn til sykefravær. Tilsvarende er det også lokale geografiske forskjeller i Norge, der de nordligste og østligste fylkene har mye høyere sykefravær enn f.eks. Rogaland og Sogn og Fjordane. Ulik befolkningssammensetning og næringsstruktur kan være med å forklare noe av dette, men det finnes også store lokale forskjeller som er vanskelig å forklare uten å vise til lokal fraværskultur (Otterbeck 2011).

Lindbeck et al. (2004) er blant de første som ser på mulige gruppeeffekter for å forklare variasjoner i sykefravær. De bruker registerdata på langtidsfravær for en gruppe arbeidstakere i Sverige (n=1,5 millioner) 1995-2001, og finner signifikante forskjeller mellom ulike geografiske områder og arbeidsplasser. Variasjonen mellom arbeidsplassene er mye større enn variasjonen mellom geografiske områder, noe forfatterne tolker som at ulikhetene i hovedsak skyldes sosiale normer, selv om dette på langt nær forklarer hele økningen i sykefraværet i perioden. Lindbeck et al. (2008) følger opp med å se på forskjeller mellom offentlig og privat sektor, effekten av nabolagskultur, innvandreres tilpasning til lokal sykefraværskultur, og effekten av en samspillseffekt mellom arbeidsplass og nabolag. I alle tilfellene fant de effekter av nettverk på den individuelle fraværshandlingen. De tolker dette til at arbeidstakere tilpasser sykefraværet sitt til det som er sosialt akseptert i aktuelle nettverk, som nabolag og arbeidsplass. Hesselius et al. (2008, 2009) finner tilsvarende effekter av sosiale normer på varigheten på egenmeldinger.

Flere norske studier følger opp disse funnene. Dale-Olsen et al. (2011) ser på antall sykmeldinger og varigheten på sykmeldinger blant norske ansatte og finner klare smitteeffekter. Studien er basert på registerdata fra SSB om sykefravær i Norge i perioden 2001-2007. Dataene inneholder individuelle kjennetegn og kjennetegn ved arbeidsplassen, som antall ansatte, gjennomsnittsalder, utdanning og inntekt blant de ansatte. Studien kontrollerer også for lokal arbeidsledighet. Etter å ha kontrollert for kjennetegn ved arbeidsplassen, de ansatte og den sykmeldte finner forfatterne at en ekstra sykmelding blant kolleger i gjennomsnitt gir ti prosent økning i en arbeidstakers eget sykefravær. Tilsvarende øker antallet fraværsdager i snitt med 30 prosent for hver ekstra fraværsdag blant de andre ansatte på arbeidsplassen. Rieck et al. (2012) ser på fravær blant norske lærere i perioden 2001-2006. De finner at læreres egenmeldte sykefravær samvarierer med det gjennomsnittlige fraværet på skolen der de jobber, og effekten blir sterkere jo lengre læreren har jobbet ved skolen. Effekten er også sterkere for grunnskolelærere enn for lærere som jobber ved videregående skole. For legemeldt fravær finner de ingen smitteeffekt.

Normer for sykefravær smitter ikke bare gjennom nettverk og arbeidsplass, men ser også ut til å følge familie. Andersson et al., (2011) undersøker i hvilken grad sykefravær smitter innad i familien, definert som foreldre, søsken, partner og partners søsken og foreldre. Resultatene viste at familiemedlemmers tidligere fravær kan være med å predikere sannsynligheten for å bli sykmeldt. Både fraværshandling i egen og partnerens familie påvirker den enkelte arbeidstakerens sykefravær, selv om effekten var sterkere for egen familie. Dette tyder på at det ikke bare er arvelige faktorer som overføres i familien, men også normer og holdninger. En alternativ tolkning kan være at folk gjerne velger en partner med atferd og livsstil som er lik den man selv har. Også Otterbeck (2011) ser på hvordan sykefravær kan smitte mellom ektefeller. Forskningsdesignet her utnytter at antall sykmeldinger går opp når arbeidsplassen rammes av en krise, og ser derfor på sykefraværet til ektefellene til ansatte i bedrifter som ble rammet av konkurs. Kontrollgruppa her er fraværet til ektefellene til ansatte som ikke jobber i en konkursrammet bedrift. Studien finner at sykefraværet øker blant de ansatte i den kriserammede bedriften, men det øker også signifikant for ektefellene.

Smitteeffekten ble her beregnet til å være 20-40 prosent avhengig av modellen. Det vil si at for hver ekstra dag med sykefravær hos den konkurransrammede øker ektefellens sykefravær med 0,2-0,4 dager.

3.1.2.3 Fravær, legitimitet og mistenkeliggjøring

Flere studier beskriver følelsen av skam over å være syk (Kirsh, Slack, og King 2012; Reid, Ewan, og Lowy 1991; Tarasuk og Eakin 1995; Haugli, Maeland, og Magnussen 2011; Werner, Isaksen, og Malterud 2004). I en studie av pasienter med fibromyalgi eller kroniske muskel- og skjelettplager fant f.eks. Gustafsson et al. (2004) at mange informanter tvilte på sin egen opplevelse av smerte. De så på seg selv som hypokondere og følte seg mistrodd og misforstått av helsepersonell, familie og venner. Å få en diagnose og bli trodd økte selvtilliten og ga økt sikkerhet i forhold til omgivelsene. Særlig lidelser med uklare symptomer og mangel på klar diagnose øker opplevelsen av å bli mistrodd og stigmatisert (Åsbring and Närvänen 2002).

Flinkfeldt (2011) tar opp sykefravær og legitimitet. Studien ser på internettdiskusjoner om sykefravær. Funnene her viser at de sykmeldtes framstilling av hverdagen som sykmeldt balanserer mellom å være syk nok til å være hjemme fra arbeid, men frisk nok til å gjøre andre ting. Hun peker på at deltakerne i nettforumet indirekte beskriver den ekstra fritiden som en byrde, og noe som må fylles. Utsagn som "prøver å gå tur når jeg er sterk nok" viser til at helsetilstanden er dårlig, selv om den sykmeldte klarer å gjøre en del ting. Flere av utsagnene er også passivt formulert, og viser til at personene opplever at de ikke selv har kontroll over hverdagen, den er styrt av sykdommen. Aktiviteter som kan tolkes som noe positivt (håndarbeid, shopping, gå tur) blir framstilt som terapeutisk eller noe man blir sliten av. De langtidssykmeldte er dermed nøye med å vise at de ikke nyter det å være sykmeldt, og at de heller skulle ha vært på jobb.

Kirsh et al. (2012) ser på stigmatisering av arbeidere med yrkesrelaterte skader. Basert på fokusgruppeintervjuer (n=28) og dybdeintervju (n=18) finner de at vanlige fordommer er at arbeidere med yrkesskader er late og uansvarlige, eller at de har økonomiske motiver. Dette gjelder særlig hvis skaden ikke er synlig. Informantene forteller at fordommer både på arbeidsplassen og i den større sosiale settingen. Forskerne beskriver arbeidstakere som ønsker å jobbe og være produktive, og som har en sterk identitet knyttet til arbeidet sitt.

Stone (2003) ser på ansatte med en yrkesskade og deres identitet knyttet til arbeidet. Hun argumenterer for at ansatte henter mye av identiteten sin fra yrke og arbeidsplass, og at det å ikke kunne jobbe på grunn av sykdom eller skade går ut over selvbildet. Studien tar utgangspunkt i fokusgruppeintervjuer med canadiske arbeidere som ikke kunne jobbe på grunn av yrkesskader. Forfatteren beskriver hvordan informantene opplevde det som sårt og vanskelig å ikke kunne gjøre jobben sin. Flere av informantene gir uttrykk for en sterk arbeidsmoral og eksempler på å gå på jobb selv om de hadde store smerter. Noen opplever også at skaden endrer forholdet til kolleger, venner og familie, og føler at de blir sett på som en byrde.

I en studie fra Sverige ser Svensson et al. (2003) på skamfølelse hos sykmeldte i møte med behandlingsapparatet. Over en periode på 12 år fulgte prosjektet personer som i løpet av perioden hadde en sykmelding på minst 28 dager på grunn av problemer med rygg, nakke eller skuldre. I løpet av perioden ble 22 prosent av respondentene uføretrygdet. Av disse deltok i alt 18 personer i fokusgruppeintervjuer. Informantene oppga to typer atferd som skyldframkallende: når de ble møtt

med distanse, likegyldighet og ikke tatt alvorlig, og når de følte at de ble diskvalifisert, mistrodd og sett på som inkompetent.

En annen svensk studie basert på intervjuer med kvinner med kroniske smerter finner også at informantene opplever å bli mistrodd (Werner, Isaksen, and Malterud 2004). Mange framstiller seg selv som sterke og forteller at de i størst mulig grad unngår å klage. Bak denne framstillingen ligger en frykt for å bli oppfattet som nevrotisk og sytende. Problemet forsterkes av mangelen på en klar diagnose.

3.1.3 Å være syk

Få studier ser på hvordan sykmeldte opplever det å være sykmeldt, og hvilke konsekvenser sykefraværet har for den enkelte. Flere studier ser imidlertid på hvordan sykmeldte forholder seg til sykdommen sin.

3.1.3.1 Konsekvenser av å være sykmeldt

Floderus et al. (2005) undersøker hvordan langtidssykmeldte opplever sin livssituasjon. Studien er basert på en spørreundersøkelse med sykmeldte og tidligere sykmeldte (n=862). I gjennomsnitt hadde personene i begge grupper vært sykmeldt totalt tre år av livet. Respondentene ble bedt om å vurdere om sykmeldingen hadde hatt positive eller negative konsekvenser på en rekke områder som selvbilde, søvn, psykisk helse, livsstil, deltakelse i ulike aktiviteter, alkoholinntak, familieforhold og økonomi. Studien finner at det er flere negative enn positive konsekvenser, spesielt for de under 50 år. Særlig har sykmeldingen negativ effekt på fritidsaktiviteter, søvn og psykisk helse. Mellom halvparten og en av tre følte skyld på grunn av sykmeldingen. Særlig de yngre (20-50 år) rapporterte om fremmedgjøring, som å unngå å treffe andre og å føle seg isolert fra samfunnet. De positive konsekvensene av sykmelding varierte med kjønn og alder, der kvinner og eldre i større grad opplevde en positiv effekt av å være sykmeldt. Effektene varierte også med sykdom, der de med muskel- og skjelettlidelser i særlig grad opplevde negative konsekvenser, mens det var større spredning for de med psykiske lidelser. I denne gruppa erfarte mange enten sterke positive eller sterke negative effekter. Om respondenten opplevde at sykmeldingen hadde positive eller negative konsekvenser, hadde det liten effekt på om hun eller han kom tilbake i jobb. De som rapporterte om et dårligere selvbilde etter sykmeldingen hadde lavere sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid, særlig sykmeldte over 50 år.

Å være sykmeldt kan innebære flere typer tap. Walker et al. (2006) intervjuet en gruppe britiske pasienter med kroniske ryggsmarter, og fant at disse rapporterte både om materielle og ikke-materielle tap, som tap av muligheter, selvfølelse og fremtidshåp. I en tidligere studie rapporterte Walker et al. (1999) om pasienter som følte seg fanget i systemet, hjelpeløse og med liten mulighet til å påvirke egen situasjon.

Øverland et al. (2008) ser på helse over tid hos pasienter som blir uføretrygdet. De finner at helsetilstanden går ned fram mot det tidspunktet der uføretrygd blir innvilget, for så å ta seg opp igjen noen år etterpå. Det vil si at helsetilstanden tre til sju år før innvilget uføretrygd er omtrent den samme som tre til sju år etter at uføretrygd er innvilget. Datagrunnlaget for studien er Helseundersøkelsene i Hordaland 1997-1999 (HUSK), koblet med offisielle registerdata (n=1087). Studien er altså ikke basert på forløpsdata for individer, men sammenligninger av kohorter av uføretrygdede, basert på når personene ble uføretrygdet og når de deltok i spørreundersøkelsen.

3.1.3.2 Mestring av sykdom

I en tidlig studie av betydningen av ansattes holdninger til fravær (generelt, ikke sykefravær spesielt), finner Brooke og Price (1989) at tilfredshet i jobben gir signifikant lavere fravær. Denne studien har dannet utgangspunkt for mye av den senere psykologiske forskningen på sykefravær og betydningen av ansattes holdninger. Nyere studier har imidlertid gått noe bort fra betydningen av jobbtildfredshet, og ser i større grad på hvordan folk forholder seg til og håndterer det å være syk, og effekten av det å tro på egen evne til å håndtere sykdommen. Et sentralt begrep her er "coping" eller mestring (Coutu et al. 2007; Grossi et al. 1999; Josefsson 2005; Pierret 2003; Roesch og Weiner 2001).

Pierce og Pickard (2010) argumenterer for at pasientens egen aktive innsats er viktig. Hva den syke gjør og ikke gjør kan ha avgjørende effekt på sykdomsforløpet. For at pasienter skal endre atferd kreves det gjerne først en holdningsendring, og den syke må oppmuntres til det. Ikke minst må pasienter behandles som handlende aktører, ikke et passivt offer for sykdom.

I en systematisk litteraturgjennomgang ser Roesch og Weiner (2001) på hvordan pasienter med alvorlig sykdom forholder seg til sykdommen sin. De undersøker spesielt hvordan pasienten oppfatter årsaken til sykdommen, og hvordan dette igjen påvirker hvordan de takler det å være syk. Ikke overraskende finner de at pasienter som ser på sykdommen som noe de selv kan påvirke, også har en mer aktiv tilnærming til sykdommen og tilpasser seg bedre. Ulempen med dette er at siden de oppfattet sykdommen som noe de til en viss grad kunne styre selv, opplevde de også i større grad en følelse av ansvar, og dermed en følelse av skyld og et mer negativt selvbilde.

Flere studier ser på hvordan sykmeldtes oppfatning av egen sykdom, evne til å påvirke sykdommen og tro på egne ferdigheter påvirker hvor lenge de er syke og om de kommer tilbake i arbeid. For eksempel gjennomførte Brouwer et al. (2010) en studie med nederlandske ansatte som hadde vært sykmeldt for en periode på 6-12 uker. Pasientene ble bedt om å fylle ut et spørreskjema om holdninger til arbeid, tro på egne ferdigheter (selv-efficacy) og opplevelsen av sosial støtte fra omgivelsene, og ble deretter fulgt fram til de var tilbake i jobb eller de hadde vært sykmeldt i ti måneder. Pasientene ble delt i tre grupper etter sykdom: psykiske lidelser, muskel- og skjelettlidelser og andre fysiske lidelser. Et hovedfunn i studien var at effekten av de ulike holdningene varierte mellom lidelsene. De med muskel- og skjelettlidelser hadde større tro på egne evner, og de hadde også en noe mer positiv holdning til arbeidet. Det var også kun i denne gruppa at mer positive holdninger økte sannsynligheter for RTW.

Motsatt finner Huibers et al. (2004) at troen på egne evner øker sannsynligheten for å bli frisk fra kronisk tretthetssyndrom, men at det ikke øker sannsynligheten for RTW. 151 sykmeldte med kronisk tretthetssyndrom ble fulgt over en periode på tolv måneder.

Coutu et al. (2007) går gjennom forskningen på pasienter med muskel- og skjelettlidelser og ulike teoretiske framstillinger av tolkningsrammer som pasienter bruker for å forstå sykdommen sin. Noen av disse forståelsene opererer kun på individnivå, mens andre inkluderer samspillet med andre aktører og med omgivelsene. De viser at noen forståelsesrammer kan gi atferd som er til hinder for en vellykket rehabilitering. For eksempel kan bygningsarbeidere som selv oppfatter det å ta ekstra pauser som "skulk", og følgelig la være å ta tilstrekkelig med pauser, selv om de har fått beskjed av legen om å ta det med ro. Tro på egen evne til å påvirke sykdomsforløpet framstår igjen som en viktig faktor, ikke minst i forhold til det å ikke gi opp. Å styrke den sykmeldtes tro på seg selv kan derfor

være viktig. Studien ser ikke egentlig på forholdet mellom RTW og forståelsesrammer, men gir likevel nyttig innsikt i ulike strategier pasienter velger for å håndtere sykdommen sin.

De Ridder et al. (1997) undersøker hvordan pasienter med kroniske sykdommer forholdt seg til sykdommen sin og til helsevesenet. Studien er basert på surveydata fra 85 nederlandske pasienter. Ifølge pasientene selv var den beste strategien for å håndtere sykdommen å beholde autonomi, beskytte seg selv mot velment, men uønsket innblanding fra andre, og å akseptere at man er syk. Ifølge pasientene er den beste måten å håndtere helsevesenet et profesjonelt forhold med legen basert på gjensidig tillit og respekt. Forfatterne tolker dette som at mange pasienter ønsker å innta en aktiv rolle i måten de forholder seg både til sykdommen og til behandlingsapparatet, selv om ikke alle pasienter oppfører seg slik i praksis.

Grossi et al. (1999) ser på pasienter som hadde vært sykmeldt i over en måned (n=217) og finner at etter å ha kontrollert for sosioøkonomisk bakgrunn og smerter, har måten pasienten håndterer smerte en signifikant effekt på hvor lenge pasienten er sykmeldt. De som prøver å unngå smerte har høyere sannsynlighet for å være sykmeldt i over en måned, mens de som har større tro på at de klarer å takle smerten har lavere sannsynlighet for å være sykmeldt.

De Vries (2012) sammenligner ansatte med uspesifiserte muskel- og skjelettlidelser der halvparten er sykmeldt og den andre halvdel er i arbeid til tross for sykdommen (n=241). Den gruppa som var i arbeid kan ses på som det langsiktige målet for de som er sykmeldt: i arbeid til tross for smerter. Medlemmene av de to gruppene ble funksjonsvurdert av en fysioterapeut og svarte på et spørreskjema. De som var i jobb var i gjennomsnitt eldre og hadde mer utdanning, de hadde vært plaget av smerter over et lengre tidsrom, og de brukte mindre smertestillende medisiner. Det som best forklarte forskjellen mellom sykmeldte og ikke sykmeldte var intensitet og varighet på smertene, psykisk helse og opplevd arbeidsmengde. De to gruppene scoret like høyt på aktivitetsnivå og jobbtilfredshet. Gruppa som ikke var sykmeldt hadde i gjennomsnitt høyere smertetoleranse enn de som var sykmeldt.

3.1.4 Tilbake i arbeid

En omfattende forskningslitteratur ser på hvilke faktorer som fremmer eller hindrer at sykmeldte kommer seg tilbake i jobb (RTW). Haugli et al. (2011) intervjuer 20 personer som hadde deltatt på et program for yrkesrehabilitering tre år tidligere, hvorav halvparten var uføretrygdet og halvparten var tilbake i jobb. Før de begynte på attføring hadde alle deltakerne vært langvarig sykmeldt, og alle ble ansett å ha gode sjanser for RTW. De to gruppene hadde relativt lik vurdering av rehabiliteringsprogrammet, men de vektla forskjellige aspekter som viktig for den videre utviklingen deres. Mens de som ble uføretrygdet la vekt på det å bli sett og tatt på alvor av de ansatte, mente de som tilhørte RTW-gruppa at programmet hadde gitt dem større selvinnsikt. Tre faktorer framsto som særlig viktig for vellykket RTW: positive møter, støtte fra omgivelsene og økt selvinnsikt. Den økte selvinnsikten gikk både på det rent fysiske, som å bli kjent med og utfordre egne grenser, men også personlige forhold som verdier, identitet og behov. De opplevde også å bli utfordret til å se egne ressurser og muligheter heller enn begrensninger. I motsetning til denne gruppe opplevde de uføretrygdene at de måtte bli friske og kvitt smertene før de kunne tenke på jobb, og de følte seg i større grad passive og hjelpeløse.

En svensk studie har utviklet og evaluert et spørreskjema for å identifisere barrierer for RTW (Marhold, Linton, og Melin 2002). Spørreskjemaet ble testet på 154 pasienter med kroniske muskel-

og skjelettlidelser og langvarig nedsatt arbeidsevne. Utover medisinske kjennetegn som smerte og depresjon var opplevd sosial støtte på arbeidsplassen, problemer ved å gå tilbake i jobb, og fysisk arbeidsbelastning viktig for å predikere sannsynligheten for RTW. Sosial støtte ble målt med spørsmål som "Jeg kommer godt overens med kollegene mine", "sjefen min prøver å støtte meg og gjøre ting lettere for meg på arbeidsplassen", og "arbeidsplassen min har en spent atmosfære". Problemer ved RTW ble målt med spørsmål som "jeg har måttet gi opp fritidsaktiviteter på grunn av smertene", "økte smerter vil være et problem hvis jeg går tilbake i jobb", og "livet føles meningsløst når jeg ikke har energi til å gjøre noe etter jobb". Spørsmål som "jeg har for mye å gjøre på jobb", "en dag på jobb innebærer mange tunge arbeidsoppgaver", og "jobben er skadelig for helsen min" målte fysisk arbeidsbelastning. Jobbtilfredshet så ikke ut til å ha noen effekt. Denne studien støtter opp om tidligere studier som finner at det er samsvar mellom pasientens egen vurdering av muligheten for RTW og faktisk RTW.

Krause et al. (2001) ser på betydningen av forhold på arbeidsplassen for varigheten av sykefraværet fram til RTW. Undersøkelsen omfattet 433 sykmeldte med ryggsmarter i California over en fireårsperiode. Høy fysisk og psykisk belastning på jobb og liten støtte fra arbeidsgiver ga gjennomsnitt 20 prosent lavere RTW-rate. Studien fant ingen effekt av jobbtilfredshet og støtte fra kolleger.

Tilsvarende funn ble gjort av Reme et al. (2009). Studien undersøkte pasienter med ryggsmarter og effekten av et kortvarig rehabiliteringsprogram (n=175). Faktorer som avgjorde om de sykmeldte fortsatt er sykmeldte tre måneder etter tiltaket, var blant annet den sykmeldtes opplevelse av smerte og en negativ forventning om RTW. Etter henholdsvis ett og to år var effekten av forventningen om RTW svakere og bare nesten statistisk signifikant (p=0,11 og 0,10). Igjen er altså tendensen at pasientens egen tro på om det er mulig å gå tilbake i jobb er viktig. At effekten blir svakere over tid kan blant annet skyldes at pasientens egen oppfatning (som ble målt ved begynnelsen av studien) har endret seg.

I en kvalitativ studie fra Nederland ser Varekamp et al. (2009) på ulike tiltak for å styrke kroniske pasienters egen tro på at de kan løse problemer på arbeidsplassen og komme tilbake i jobb (empowerment). De peker på ulike trinn den sykmeldte må gjennom for å være i stand til å ta grep om sin egen situasjon. Et sentralt trinn er å finne ut av egne følelser og tanker rundt det å ha en kronisk sykdom, forstå egne muligheter og begrensninger, og bygge opp selvrespekt. Dette danner grunnlaget for å finne barrierer ved å komme tilbake til jobb, og se hvilke endringer som kan gjøres. Å trene på effektiv kommunikasjon rundt sykdommen og hva den innebærer er også en del av prosessen.

Mye tyder på at det gjelder andre mekanismer for pasienter som har vært livstruende syk, eller som har opplevd akutte skader som i stor grad endrer livssituasjonen. Dette gjelder for eksempel tidligere kreftpasienter eller pasienter som har blitt lamme. I en britisk studie intervjuet Amir et al. (2008) 41 tidligere kreftpasienter om prosessen med å holde seg i arbeid etter å ha fått diagnosen, og det å komme tilbake i arbeid etter behandling. Intervjuene ble gjennomført ca. tre år etter å ha fått kreftdiagnosen. Pasientene ga uttrykk for at det å være i arbeid gir struktur og rutine i hverdagen, støtte fra kolleger, og ikke minst en mulighet til å holde tankene borte fra sykdommen. Mange kjedet seg og følte seg isolert som sykmeldt. Å komme tilbake i jobb igjen etter behandling ble opplevd som viktig for å redefinere seg selv fra pasient til en som hadde overlevd kreft. Tilbake i jobb etter endt

behandling ga imidlertid flere uttrykk for at jobben var mindre viktig enn før, og at sykdommen hadde gitt dem et nytt syn på hva som er viktig i livet. Flere etterlyste klarere medisinske råd om når de burde begynne å jobbe igjen. Støtte fra arbeidsgiver og særlig mellomledere framstår som avgjørende. Det ser også ut til at økonomi spiller en rolle i hvor fort de tidligere pasientene går tilbake i jobb.

I en systematisk litteraturgjennomgang ser Tiedtke et al. (2010) på RTW-erfaringer blant tidligere brystkreftpasienter. De finner at etter endt behandling ønsker mange kvinner å gå tilbake i jobb for å få et normalt liv igjen. Problemene de møter på er blant annet tretthet og konsentrasjonsvansker. Studiene viser at de får liten veiledning om RTW av behandlingsapparatet, og selv om omgivelsene opptrer støttende kan det være vanskelig å finne riktig tilrettelegging på arbeidsplassen.

I en fransk studie intervjuet Ville (2005) personer som hadde blitt lamme, og fant at yrkesrehabilitering ofte kom i andre rekke, de måtte først forsone seg med den nye tilstanden, og de overlot spørsmålet om yrkesrehabilitering til fagpersonalet. Det var først etter en tid at spørsmålet om videre yrkeskarriere ble interessant. Implikasjonen av dette er at den sykmeldte gjerne har et annet tidsperspektiv enn de som driver med yrkesattføring og rehabilitering. Disse har gjerne faste framdriftsplaner å holde seg til, men planene er ikke alltid i samsvar med det den sykmeldte opplever som relevant på et gitt tidspunkt.

3.1.5 Sykefravær og andre forhold

Flere studier innenfor samfunnsøkonomi ser på sammenhengen mellom uførhet, sykefravær og arbeidsledighet, og analyserer uførhet og sykefravær som mulige substitutter for arbeidsledighet (Moncrieff og Pomerleau 2000; Koning og Van Vuuren 2007a; Koning og van Vuuren 2007b; Bratsberg et al. 2010). Bratberg et al (2010) konkluderer med at uførhet og arbeidsledighet er nære substitutter, og beskriver uførhet som "forkledd arbeidsledighet". De ser på norske registerdata koblet til konkursdata for virksomheter og finner at en stor andel av nye uføre skyldes forverrede muligheter på arbeidsmarkedet heller enn objektivt dårligere helse. For menn forklarer nedbemanning i virksomhetene hele 28 prosent av nye tilfeller av uføretrygd.

Siden de fleste som blir uføretrygdet først har vært langtidssykmeldt, er det rimelig å tro at noen av de samme mekanismene gjør seg gjeldende for langtidssykefravær som for uføretrygd. En del av forklaringen er at å miste jobben kan gi dårligere helse, men dette er ikke hele bildet. En litteraturgjennomgang viser at nedbemanning kan ha flere og gjerne motstridende effekter på sykefraværet, både som en disiplinerende effekt og en viss strategisk bruk av sykepengeordningen. Her kan det være variasjoner mellom ulike sektorer (Nossen 2010a). Analyser fra NAV viser at det langvarige sykefraværet blant menn økte merkbart i forbindelse med finanskrisen i 2008. Dette tolkes som at konjunkturedgangen og nedbemanning gjør det vanskeligere for arbeidstakere som fra før har helseproblemer å fungere i arbeid (Nossen 2010b).

Tall fra SSB viser at de med lav utdanning gjennomgående har høyere arbeidsledighet enn de med høyere utdanning. De har også langt høyere sykefravær. I den tidligere rapporten vår om sykefravær, gradering og tilrettelegging gikk vi gjennom nasjonale registerdata fra NAV og SSB som viste sykefravær og gradert sykefravær etter utdanningsnivå (Ose et al. 2012). Sammenstillingene viste at de med lav utdanning har systematisk høyere sykefravær enn de med høyere utdanning. Dette henger til en viss grad sammen med sektor, der de med høyere utdanning gjerne har en jobb med større fleksibilitet i arbeidstid og arbeidsoppgaver, og der noen sektorer er mer utsatt enn andre.

Både litteraturen rundt legers sykmeldingspraksis og intervjuene våre med leger viser at legene ofte gir sykmelding ved vanskelige livssituasjoner, og at de ikke ønsker å diskutere med pasienter som "trenger litt tid". Legen ønsker å være en støtte for pasienten, og det kan være vanskelig å la pasienten gå uten å ha noe å tilby dem. Mye tyder på at den sykmeldtes muligheter på arbeidsmarkedet har avgjørende betydning for utfallet av sykmeldingstilfellene. Lav utdanning innebærer som regel lavere jobbmobilitet, som igjen har stor betydning for utfallet av sykmeldingstilfellene.

3.2 Sykmeldtes erfaringer i oppfølgingsarbeidet

3.2.1 Problemstillinger

Som forskningslitteraturen viser er det gjort mye forskning som tar sikte på å forklare variasjoner i sykefravær, på individ-, virksomhets- og samfunnsnivå. Hvilke erfaringer og opplevelser sykmeldte selv har fra sykmeldingsperioden, knyttet til den oppfølging og bistand de har fått fra arbeidsgiver, lege og ulike offentlige instanser, har i mindre grad blitt utforsket. Dette gjelder både i norsk og internasjonal sammenheng. Gjennom denne rapporten kommer vi frem til noe mer kunnskap, men det er fortsatt mye som er ikke utforsket her.

Basert på kvalitative dybdeintervjuer med 18 langtidssykmeldte er målet med dette kapitlet å fremskaffe mer kunnskap om hvordan gjennomføringen av de ulike stoppunktene innenfor dagens modell for oppfølging av sykmeldte egentlig fungerer. Problemstillingene vi ser nærmere på er blant annet følgende:

- Oppfølgingsplaner: Hvilke erfaringer har de sykmeldte med utarbeidelsen av oppfølgingsplaner innen fire uker? Hvordan gjøres det og hva inneholder planene? Opplever de at oppfølgingsplanen har hatt en effekt på utfallet av sykmeldingsperioden?
- Dialogmøte 1: Hvilke erfaringer har informantene med Dialogmøte 1, som skal gjennomføres innen 7 uker? Hvordan gjennomføres disse møtene og hvem er involvert?
- Dialogmøte 2: Hvilke erfaringer har informantene med Dialogmøte 2, som skal gjennomføres innen 26 uker? Hvordan gjennomføres disse møtene og hvem er involvert?
- Totalvurdering: Hvilke faktorer mener informantene har vært viktig for varigheten og utfallet av sykmeldingsforløpet – enten i positiv eller negativ forstand? Kan vi, med utgangspunkt i våre intervjudata, finne noen fellestrekk når det gjelder hvilke faktorer som fremmer og hemmer et vellykket oppfølgingsløp og et positivt utfall av sykmeldingsperioden?

3.2.2 Metode, datainnsamling og utvalg

Felles for alle som ble forsøkt rekruttert til intervju var at de hadde vært sykmeldt i minst 3 måneder. Begrunnelsen for dette var at vi ønsket å komme i kontakt med personer som hadde erfaring med å være sykmeldt over en lengre periode. Rekrutteringen ble gjennomført i to runder. I den første runden ble det, med hjelp fra Arbeids- og velferdsdirektoratet (AV-dir), sendt ut en forespørsel til et tilfeldig utvalg personer som nylig hadde vært langtidssykmeldt. Utvalget ble trukket fra NAVs sykefraværsregister. For å sikre en variasjon i utvalget med tanke på varigheten på sykmeldingsforløpene, ble potensielle informanter trukket ut innenfor ni ulike varighetsintervaller

(personer som hadde vært sykmeldt i 3-4 måneder, personer som hadde vært sykmeldt i 4-5 måneder og så videre, helt opp til de som hadde vært sykmeldt i 11-12 måneder). Innenfor hvert av de ni varighetsintervallene ble 10 potensielle informanter trukket ut. 90 sykmeldte mottok dermed en intervjuforespørsel fra SINTEF, men som ble sendt ut fra AV-dir.

I første rekrutteringsrunde var det til slutt åtte sykmeldte som sa seg villig til å stille til intervju, gjennom å returnere et skriftlig samtykke til oss. Selv om det var umulig å vite på forhånd hvordan responsen på vår forespørsel ville bli, så var dette en responsrate som uansett lå under det vi hadde et håp om på forhånd. En ny runde med rekruttering måtte derfor gjennomføres høsten 2012. I rekrutteringsrunde to ble det sendt ut en invitasjon til i alt 150 personer som nylig hadde avsluttet en lengre sykmelding, etter de samme kriteriene som forrige gang. Denne gangen var det ti sykmeldte som sa seg villig til å stille til intervju. Totalt endte vi derfor opp med et utvalg bestående av 18 langtidssykmeldte.

Målet med dette kapitlet er å gi et innblikk i hvordan oppfølging av sykmeldte oppleves fra *hovedaktørene* selv (det vil si de sykmeldte) – basert på de erfaringer og synspunkter som de 18 informantene har delt med oss. Hvor representative disse 18 er for alle dem som til enhver tid er sykmeldt, kan vi selvsagt ikke si noe om. Vi kan imidlertid anta at de erfaringer som våre informanter har fortalt om, er noe som oppleves av flere sykmeldte. Dataene gir oss først og fremst et unikt innblikk i enkeltpersoners erfaringer med det å være langtidssykmeldt, og den store variasjonen som finnes på tvers av disse tilfellene med tanke på hvordan de har opplevd innsatsen underveis fra leder/arbeidsgiver, fastlege og NAV.

I vår bruk av sitater og eksempler i dette kapitlet så har vi selvsagt valgt å konsentrere oss om de delene av intervjumaterialet som har vært mest relevant for å belyse problemstillingene i prosjektet. En konsekvens av dette er naturlig nok at noen av våre informanter kommer mer til orde enn andre. Slik vil det imidlertid ofte være når man benytter intervjudata. Det å presentere denne typen kvalitative data medfører alltid at en del valg må tas.

3.2.2.1 Krevende rekrutteringsprosess...

Som vi allerede har beskrevet så var det krevende å rekruttere personer som har vært langtidssykmeldt til intervju. Vi hadde et håp om at vi ville kunne rekruttere 20 langtidssykmeldte i den første runden. At antallet informanter ble mye lavere enn dette tror vi kan skyldes flere forhold. For en del av de som fikk forespørselen kunne det handle om at de nettopp hadde avsluttet sykmeldingen og kanskje var tilbake i arbeid igjen. Noen var kanskje av den oppfatning at "dette er jeg ferdig med, denne sykmeldingen har jeg lagt bak meg, jeg er tilbake i jobb – dette orker jeg ikke dvide mer ved". For andre kan det hende at sykmeldingsperioden har vært en såpass tung fase og prosess at de ikke ønsket å rippe opp i det igjen, mens andre kan ha vært gjennom et sykefraværsforløp der alt gikk på skinner, og der de av den grunn har tenkt at de ikke hadde noe vesentlig å bidra med i en intervjusituasjon. For andre kan det rett og slett handle om at de, av ulike grunner, ikke har lyst til å la seg intervju (noen kan ha vært usikre på ivaretagelse av anonymitet etc. (selv om dette ble behørig beskrevet i forespørselsbrevet), og av den grunn vært skeptiske til å skulle "utlevere" seg selv, arbeidsgiver, fastlege og NAV).

3.2.2.2 Telefonintervju som metode

På grunn av geografiske avstander ble alle intervjuene, med ett unntak, gjennomført via telefon. I og med at de som lot seg rekruttere til intervju var bosatt rundt omkring i hele Norge, ville det også medført betydelige kostnader (reisekostnader og tidsbruk) dersom intervjuene skulle blitt gjennomført ansikt til ansikt. Den ene personen som ble intervjuet ansikt til ansikt var bosatt i nærheten, og hadde også et ønske om å bli intervjuet på denne måten. Det varierte hvor lenge intervjuene varte, alt fra 25 minutter til opp mot to timer. Alle intervjuene ble transkribert i etterkant. De transkriberte intervjuene ble så kodet etter tema, og deretter samlet i et felles dokument, noe som har gitt oss som forskere mulighet til å følge den enkelte sykmeldte gjennom hele intervjuet, og samtidig ha oversikt over hva som har blitt sagt om de ulike temaene. Til sammen utgjør intervjuene med de langtidssykmeldte 390 transkriberte sider med tekst.

Er det så mulig å si noe om hvorvidt bruken av telefonintervju har påvirket kvaliteten på intervjuene, og eventuelt på hvilken måte? Slik vi opplevde intervjuene, så er vårt hovedinntrykk at de sykmeldte syntes det var greit å bli intervjuet over telefon. Flere ga konkret uttrykk for dette. Vi som intervjuere hadde en relativt detaljert intervjuguide som ble brukt i alle intervjuene, og denne sørget for at vi fikk styrt samtalen innom alle de spørsmål og temaer som vi mente var nødvendig for å belyse informantenes erfaringer. Intervjuguiden fungerte som en nyttig ramme for intervjuene, samtidig var vi selvsagt hundre prosent åpne for at informantene selv skulle få snakke om spørsmål og problemstillinger som de var opptatt av. Det varierte derfor fra intervju til intervju hvor mye det ble snakket om de ulike temaene, noe som først og fremst henger sammen med den variasjonen i erfaringer blant de sykmeldte som vi allerede har pekt på.

Et spørsmål vi stilte oss underveis var om det å snakke om eget sykefravær over telefon, uten å kunne se den som intervjuet, hadde en betydning for hvordan samtalene forløp. Sannsynligvis hadde det det. På hvilken måte er det imidlertid vanskelig å si noe fornuftig om. Vi som intervjuet hadde ingen grunn til å mistenke at vi gikk glipp av vesentlig informasjon. Kanskje var det også slik at telefonintervju som metode bidro til å gjøre intervjuene mer strukturert enn tilfellet ville vært med ansikt til ansikt-intervju. Kanskje turte noen å si mer på telefon enn om de hadde møtt oss personlig, mens andre turte å si mindre, fordi de opplevde det som vanskelig å opprette et tillitsforhold uten å treffes ansikt til ansikt.

En av de forskerne som har intervjuet sykmeldte både på telefon og i personlig møte opplevde at det var lettere å snakke med de sykmeldte når de møttes heller enn over telefon. Det å kunne se personen og måten vedkommende reagerte (med mimikk og kroppsspråk) på de spørsmål som stilles, oppleves som tryggere enn å ikke se den man snakker med.

3.2.3 Presentasjon av de sykmeldte

Vi starter med en presentasjon av de sykmeldte som vi har intervjuet. Tabell 3.1 viser kjønns- og aldersfordelingen blant informantene, i tillegg til yrke og sykmeldingsårsak. 11 var kvinner og 7 var menn. Fem hadde vært sykmeldt 1 år, 6 personer hadde vært sykmeldt i over 8 måneder mens resten hadde vært sykmeldt mellom 3 og 8 måneder. Åtte var tilbake i jobb på intervjudtidspunktet. Når det gjelder sykmeldingsårsak, så var det fire tilfeller som hadde psykisk sykdom som diagnose (eller relatert til psykisk påkjenning). Åtte tilfeller hadde sitt utspring i muskel- og skjelettlidelser (med eller uten operasjon), mens de øvrige bestod av kroniske sykdommer. I tillegg var en informant

uklar når det gjaldt årsak til sykmelding. I tabell 3.1 gis en oversikt over sentrale kjennetegn ved de 18 informantene.

Tabell 3.1 Kjønn, alder, yrke og sykmeldingsårsak for informantene

| | Kjønn | Alder | Type virksomhet | Yrke | Status på intervju-tidspunktet | Årsak til sykmelding |
|----|--------|----------|---------------------|---|--|--|
| 1 | Mann | 40-49 | Busselskap | Bussjåfør | Friskmeldt | Operasjon av skulder |
| 2 | Mann | 40-49 | Transportfirma | Sjåfør/mekaniker | Friskmeldt | Operasjon med komplikasjoner |
| 3 | Kvinne | Under 40 | Matvarebutikk | Butikkmedarbeider | På arbeidsavklaring etter å ha vært sykmeldt i ett år. | Psykisk sykdom |
| 4 | Mann | Under 40 | Bensinstasjon | Bak disken med kassa, renhold og kundeservice | Sykmeldt, snart ett år. | Kronisk sykdom som medfører lav terskel for stress |
| 5 | Kvinne | Under 40 | Kantine | Kantinemedarbeider | Svangerskapspermisjon | Graviditet |
| 6 | Mann | Under 40 | Barnehage | Førskolelærer | Sykmeldt og i arbeidstrening | Psykisk sykdom |
| 7 | Kvinne | 60-66 | Helsesektor | Direktør | Uføretrygdet | Usikker |
| 8 | Kvinne | 60-66 | Offentlig etat | Kontor og data | Søker nå om 100 % uførepensjon | Hofteoperasjon |
| 9 | Mann | 60-66 | Matfabrikk | Fabrikkarbeider | Delvis sykmeldt | Kneoperasjon |
| 10 | Mann | 60-66 | Helsesektor | Seksjonssjef | Friskmeldt | Søvnproblemer |
| 11 | Kvinne | 50-59 | Helsesektor | Sekretær | Friskmeldt | Kronisk muskel/skjelett |
| 12 | Kvinne | 40-49 | Kantine på skole | Kantinemedarbeider | Helt sykmeldt | Fallulykke, ødelagt hånd |
| 13 | Kvinne | 50-59 | Hjemmetjenesten | Hjelpepleier | Friskmeldt | Kreft |
| 14 | Kvinne | 50-59 | Helsesektor | Tjenesteansvarlig | Friskmeldt | Høyt blodtrykk, stress |
| 15 | Mann | 50-59 | Bensinstasjon | Daglig leder | Friskmeldt | Rygg |
| 16 | Kvinne | 50-59 | Mekanisk produksjon | Kontor | Friskmeldt | Kneoperasjon |
| 17 | Kvinne | 60-66 | Kommune | Kontorleder | Friskmeldt | Omsorg for kreftsyk, døende mann |
| 18 | Kvinne | 60-66 | Tekstilforretning | Butikkmedarbeider | Uklart pga. sterk aksent | Prolaps |

En av de viktigste innsiktene vi sitter igjen med etter å ha gjennomført alle disse intervjuene er hvor forskjellige og unike sykefraværshistorier de representerer. Tross en del likheter demonstrerer de fremfor alt hvordan et sykefraværsløp lever sitt eget liv, med sine egne kjennetegn og sin egen dynamikk. Av den grunn har det også vært vanskelig å kategorisere erfaringene og finne fellestrekk på tvers av informantene. Noe av det som fremkommer tydeligst er at årsakene til en sykmelding kan være sammensatte, der forhold utenfor de rent medisinske og helserelaterte også spiller inn. Selve *sykmeldingsforløpet* påvirkes også av en rekke ulike faktorer, som for eksempel arbeidsgivers innsats i oppfølgingsarbeidet, jobbtrivsel, arbeidsmiljø, behandlingsforløp (og hvor vellykket behandlingen er), og ikke minst den ansattes egen motivasjon. Samspillet mellom disse faktorene vil sannsynligvis ha stor betydning for varigheten og utfallet av et sykefraværsløp generelt.

For å vise bredden blant informantene har vi valgt å presentere fire av dem og deres erfaringer med det å være langtidssykmeldt. Disse fire er valgt ut for å vise bredden og spennet i utvalget. Samtidig er det temmelig tilfeldig at det er akkurat disse fire eksemplene vi velger å presentere; hadde vi valgt fire andre ville bredden og spennet fremdeles vært stort, men det ville likevel vært andre historier som ble presentert. Vi har gitt personene fiktive navn. Av personvern hensyn har det vært nødvendig å foreta en viss maskering av opplysninger på individnivå.

3.2.3.1 Kvinne i 60-årene: Sykmeldt for hofteoperasjon, søker nå om 100 prosent uførepensjon

Anne har vært sykmeldt på grunn av en hofteoperasjon. Hun har multippel sklerose (MS), men det var ikke MS som var årsaken til denne sykmeldingen. MS var imidlertid årsaken til at hun nå har søkt om 100 prosent uførepensjon. Anne har opplevd stor bedring i MS-en mens hun var sykmeldt og kunne slippe å dra på jobb. Hun forteller også om omorganiseringsprosesser på arbeidsplassen, som har ført til mange endringer, som har hatt konsekvenser i form av dårlig arbeidsmiljø. Sykmeldingen startet som et standardisert behandlingsforløp i forbindelse med hofteoperasjonen. I samråd med arbeidsgiver og lege bestemte de seg for å droppe møtene de var forpliktet til i henhold til regelverket (oppfølgingsmøte og dialogmøter). De fant i fellesskap ut at det ikke var hensiktsmessig i hennes sykmeldingssituasjon. De benyttet seg med andre ord av den unntaksbestemmelsen som finnes i henholdsvis arbeidsmiljøloven og folketrykkløven, som sier at Dialogmøte 1 og 2 skal arrangeres *med mindre dette åpenbart er unødvendig*.

Sykmeldingen har blitt lenger enn det som var forventet. Dette skyldes at hun opplevde stor bedring i sitt sykdomsbilde mens hun var sykmeldt. Da sykmeldingsperioden var over i november 2012 begynte hun i jobb, men opplevde ganske raskt å bli dårligere igjen. Hun tar nå ut siste rest av ferie- og seniordager og har sagt opp jobben. Hun forteller at det er uaktuelt å gå tilbake til jobb. Målet er en full uførepensjon, en beslutning hun har kommet frem til i samråd med legen:

Det som skjedde var at jeg skulle blir hofteoperert. Så det var liksom ikke måte på, og da måtte en jo bli sykmeldt. Og på morgenen så hadde jeg så kolossalt vondt at, herregud... Så da var det beinet, det hadde ikke egentlig noe med resten å gjøre. Og da ble jeg operert i januar, og det gikk jo kjempebra. Men da jeg egentlig i samråd med legen fant ut at jeg skulle, ja, benytte meg av det året jeg kunne gå sykmeldt for å se hvordan det funkete, og også da med MS-en, for jeg var så kjempebra av MS-en når jeg gikk hjemme sykmeldt. Den oppførte seg så kjekt at jeg glemte nesten at jeg hadde det, for sånn ville jeg jo gjerne ha det, og da tenkte jeg at hvis det blir verre når jeg begynner å jobbe, så vil jeg ikke jobbe mer.

I dette tilfellet ble sykmeldingsperioden lenger enn det som opprinnelig var planlagt. Resultatet ble ikke at vedkommende returnerte til arbeid etter hofteoperasjonen, men at hun vil ende opp som uføretrygdet som følge av MS. Selv om årsaken først og fremst er sykdommen MS, kommer det også frem i intervjuet at hun opplevde arbeidsmiljøet som dårlig, og at hun i liten grad følte seg sett og ivaretatt på jobb. Selv om det her i utgangspunktet var snakk om fysisk sykdom, er det tydelig at også arbeidsmiljø og trivsel har hatt betydning for motivasjonen for å komme tilbake i jobb.

3.2.3.2 Mann i 60-årene: Et ukomplisert sykmeldings- og behandlingsopplegg, dårlig erfaring med NAV

Sture er ansatt i en privat produksjonsbedrift og har mye manuelt og fysisk arbeid i jobben sin. "Mye tråkking" som han selv sier. Han har tatt ut AFP de siste årene, slik at han nå jobber fire dager i uken. Han er sykmeldt i forbindelse med en kneoperasjon. Dette er hans andre kneoperasjon. Sture ble sykmeldt og operert for sju måneder siden, og deretter sendt til rehabilitering i cirka tre uker. Han var hjemme igjen cirka 4 uker etter operasjon. Går nå til fysioterapibehandling. Sture har vært på oppfølgingsmøte, kjenner til oppfølgingsplanen og han har gjennomført Dialogmøte 1. Han ble innkalt til Dialogmøte 2, men opplevde at representanter fra NAV ikke møtte opp. Han beskriver sine egne erfaringer med NAV som dårlige, noe som også henger sammen med at han fikk tilsendt et brev mens han var på rehabilitering, som bl.a. inneholdt en oppfordring om snarlig å komme tilbake i

arbeid. Dette opplevde han som merkelig fra NAV sin side, ikke minst fordi det var uaktuelt i hans tilfelle, siden han av behandler ble oppfordret til å bruke den tiden som var nødvendig for å bli bra i foten. Det kan være helseskadelig om han starter belastning for tidlig. Sture forteller videre:

Jeg fikk jo også et brev etter at jeg kom hjem, og da sto det at jeg kunne risikere at sykepengene mine ikke kom til å bli utbetalt fordi de ikke hadde fått noe svar fra arbeidsgiver.

Ellers er Sture fornøyd med arbeidsgiver og lege. Han har en klar plan for når han skal tilbake i arbeid. Starter da i 50 prosent og skal selv vurdere fortløpende hvordan ting fungerer. Sture er usikker på hvor lang tid det vil ta før han er tilbake i full jobb. Selv om NAVs involvering virker å ha vært mangelfull i dette tilfellet, sier Sture selv at dette ikke er noe han har savnet underveis.

3.2.3.3 Kvinne i 30-årene: Når psykisk sykdom ikke håndteres godt nok gjennom leders oppfølgingsarbeid

Maria er et eksempel på et sykmeldingstilfelle som ikke har endt med retur til opprinnelig jobb etter at hele sykmeldingsperioden er gått ut. Hun er ung, og har vært gjennom en psykisk lidelse som har krevd behandling, både i form av innleggelse på psykiatrisk institusjon og poliklinisk behandling og samtaler med psykolog i ettertid. Hun var åpen om dette til sin leder, både før og underveis i sykdoms- og sykmeldingsforløpet. Hennes erfaring er at dette ble for vanskelig å håndtere for lederen, noe hun tror handler om at det var en psykisk lidelse. Dette resulterte i at forholdet mellom dem ble vanskelig, og til slutt ble det umulig for henne å gå tilbake til den samme arbeidsplassen og den samme lederen.

Maria fremstår som en ung, ressurssterk person. Hun var blant annet tillitsvalgt i den virksomheten hun ble sykmeldt fra, og har god kjennskap til regelverk og rutiner for oppfølging av sykmeldte. Hun har på intervjutidspunktet vært sykmeldt i ett år, og har nå sagt opp stillingen hun ble sykmeldt fra. På intervjutidspunktet er hun på arbeidsutprøving gjennom NAV innenfor den bransjen hun har sin opprinnelige fagutdanning fra. Hun har barn og var i forkant av sykmeldingen gjennom et samlivsbrudd:

Jeg gikk fra mannen min det året da, og da ble det for mye for meg, så jeg ble psykisk syk og klarte ikke å gå på jobb lenger. Jeg utviklet både angst og depresjon. Så derfor valgte legen å ta meg helt ut. Jeg prøvde gradert en god stund og prøvde å ha en god dialog med sjefen min, men det ble vanskelig, jeg følte ikke at jeg fikk forståelse for hva jeg slet med. Når jeg sa at jeg var sliten og at hodet ikke hang med... Så var det "da må du bare jobbe mer. For du tenker for mye og jobber for lite". Ja, så da ble det veldig vanskelig for meg å gå på jobb.

Ifølge Maria selv var ikke hennes sykmelding først og fremst knyttet til forhold på jobben. Til slutt var det likevel forholdet til lederen underveis i sykmeldingsperioden som ble avgjørende for at hun nå har valgt å si opp stillingen:

Det ødela forholdet mitt til han, og det ødela egentlig forholdet mitt til hele jobben. Jeg fikk hele jobben langt opp i halsen.

Maria var åpen om sin egen helse og bekymringer knyttet til sin egen helsetilstand, både før og underveis i sykmeldingsperioden. Da hun snakket frempå om å få tilrettelegging av arbeidsoppgaver for å unngå sykmelding, opplevde hun at det ikke ble tatt på alvor av leder. Snarere tvert imot:

Nei, han (lederen) sa han "har hatt folk som meg før han", og hvis jeg kuttet ut ansvarsoppgavene mine nå, så kom jeg aldri tilbake i dem.

Maria er nå mye bedre og mottar arbeidsavklaringspenger fra NAV. Hun begynner å se hva hun selv har lyst til å jobbe med, og arbeider for å få til dette. Hun er avhengig av økonomisk støtte fra NAV for å få dette til, men ser lyst på fremtiden.

3.2.3.4 Mann i 20-årene: Når sjefen ønsker du skal slutte i jobben

Petter jobber i et serviceyrke. Stillingen innebærer turnusarbeid (to uker dag, en uke kveld, en uke natt og så en uke fri). Han forteller at arbeidstiden til tider er slitsom. Han sliter med kroniske lidelser (først og fremst leddgikt), noe som i jobbsammenheng innebærer at han blir veldig sliten i perioder. Når han ble sykmeldt var han helt utslitt, bl.a. som en konsekvens av at han meget sjelden har anledning til å hente seg inn når han er på jobb.

Han forteller at han var veldig fornøyd med den lederen han hadde før sykmeldingen, men at det med den nye lederen har skjært seg fullstendig. Han føler seg presset til å slutte – og mener at leder bevisst har lagt opp til dette gjennom å sette ham opp på ekstra krevende vakter/dager. Han forklarer dette med at lederen (som var ny) var av den oppfatning at han (informanten) var på vei vekk fra arbeidsplassen, noe "dialogen" dem imellom har båret preg av. Den nye lederen har ifølge Petter vært negativ og kritisk hele veien, også til den graderte sykmeldingen. Leder har fortalt Petter at det ikke fungerer og at det skaper utfordringer, men uten å peke mer spesifikt på hva dette handler om.

Den første tanken, den var jo egentlig om han prøvde å bli kvitt meg, eller om han egentlig ville hjelpe meg å finne en ny jobb. Jeg var veldig usikker på hva han skulle frem til, så jeg møtte nå opp, mest egentlig bare for å prate og høre hva han mente, men da det fort viste seg at han ville bare bli kvitt meg, så mente jo jeg at han ikke kunne kreve av meg å sitte og søke på andre jobber og alt mulig rart. Så det reagerte jeg veldig negativt på.

Det er åpenbart at dette har vært en tøff periode for informanten, som etter hvert også har gitt seg psykiske utslag. Det har skjært seg fullstendig med leder, de har i praksis ingen kontakt lenger, etter en krangel for en tid tilbake. Det ligger i kortene at informanten er på vei bort fra arbeidsplassen, men han utelukker ikke videre deltidsarbeid. Han har heller ikke sagt opp arbeidsavtalen ennå. Leder virker imidlertid for å ha bestemt seg og er veldig ivrig på at Petter må finne seg noe annet å gjøre:

Arbeidsgiveren min sa jo ganske rett ut at han ikke ville ha meg tilbake på jobb. Og han NAV-rådgiveren da, han sa seg enig i det. Så han ga meg muligheten til at jeg kunne ta sånn friskmelding til arbeidsformidling. Men da sa jo fastlegen min at han friskmelder meg ikke til noe som helst før jeg er frisk nok. Men det virket da som om de bare overhørte det, egentlig, og sa "sånn er det"...

3.2.3.5 Oppsummert

Hensikten med denne casepresentasjonen har vært å vise hvor unike og distinkte informantenes historier er. Tross den standardisering for oppfølging av sykmeldte som dagens regelverk legger opp til, tydeligst definert gjennom de ulike stoppunktene (oppfølgingsplan og dialogmøter), så vil en rekke ulike egenskaper ved det enkelte sykefraværsforløp fortsatt ha stor innflytelse på utfallet. Ikke minst skulle eksemplene være egnet til å illustrere hvor viktig relasjonen mellom ansatt og leder er – ikke minst i en sykmeldingssituasjon. Det er lite trolig at oppfølgingsplaner og dialogmøter vil kunne

sikre et positivt utfall av en sykmelding, dersom den sykmeldte og lederen har en dårlig relasjon i utgangspunktet.

Vi skal nå gå nå over til å presentere flere funn fra intervjuene. Funnene blir presentert under ulike temaoverskrifter, som hver for seg er relevante for å belyse hvordan dagens modell for oppfølging av sykmeldte fungerer.

3.2.4 Erfaringer med oppfølgingsplaner og dialogmøter

Nesten alle de sykmeldte vi har intervjuet har opplevd at arbeidsgiver, i en eller annen grad, har fulgt dem opp. Erfaringene deres er imidlertid veldig varierende, fra de som er veldig fornøyd til de som er mindre fornøyd. Generelt gir likevel de fleste uttrykk for at de synes det er bra at det finnes et regelverk og en rutine for hvordan oppfølgingsarbeidet skal skje:

Det er vel innlysende at det har vært bra her, at ledelsen har fått øya litt opp for folk som er sykmeldte, og det å kunne ha tettere oppfølging med den som er sykmeldt. Få dem tilbake i jobb, både til arbeidsgivers og arbeidstakers fordel. Se nytten av at oppfølging kanskje kan få folk raskere tilbake i jobb også,

En av informantene mente at oppfølginga fra leder hadde fungert bra i sitt tilfelle. Dette er en person som har vært psykisk syk, og som har vært gjennom et omfattende oppfølgingsopplegg, som også involverte spesialisthelsetjenesten og kvalifiseringsbedrift:

Oppfølginga har vært veldig, veldig god (...) Så god tror jeg som det er mulighet for. På avdelinga, har rimelig jevnlig vært i kontakt gjennom telefon og tekstmelding. Alltid vært inne og levert sykmelding hos henne, har alltid hun som har ansvar på kontoret, alltid tatt seg tid til å sette seg ned og ha en god prat (...) Er vel egentlig mer enn noe annet overrasket over at det kan brukes, holdt på å si, så mye tid og innsats på ett enkelt menneske eller en enkelt sak. I alle fall, ikke noe jeg har opplevd før, så det har jo egentlig vært en veldig positiv opplevelse sånn sett. Så... jeg vet ikke, tror jeg har fått den beste oppfølgingen jeg kunne ha fått... (mann 30 årene)

En annen informant beskrev det å ha en plan og en forventning til hvordan sykefraværsperioden skulle forløpe, som positivt:

Det som var det positive var vel det vi gjorde på forhånd, før jeg ble sykmeldt. At vi la planer på forhånd, men det var noe med at vi også har vært gjennom runden før, for jeg visste jo noenlunde hva jeg gikk til. Og da er det jo litt lettere (kvinne 54)

Også en annen av informantene kunne fortelle at det i hans tilfelle ikke var hensiktsmessig med et "standard" oppfølgingsløp, noe vedkommende begrunnet med selve skaden og behovet for behandling:

De var litt involvert, arbeidsgiver, de fulgte jo de planene som var, og de kommuniserte og pratet med NAV, men jeg var ikke, jeg måtte ha en ny operasjon, det var ikke muligheter for å komme tilbake i noe alternativt, tror kanskje det var årsaken til at det var lite møter og planer som ble lagt (mann rundt 50).

I dette tilfellet virker det som om skaden/situasjonen førte til at en del av de faste oppfølgingspunktene ble droppet, noe det er adgang til gjennom dagens regelverk (unntaksbestemmelser ved gjennomføring av dialogmøter). Som vi skal se tyder imidlertid enkelte erfaringer blant våre informanter på at det kan stilles et spørsmål hvor treffsikkert disse

unntaksbestemmelsene praktiseres i dag. Når dialogen og samhandlingen mellom leder og ansatt er der i utgangspunktet, og ikke minst viljen og motivasjonen er til stede hos begge parter, så tyder våre funn på at de standardiserte stoppunktene i en del situasjoner oppleves som overflødige. Flere av informantene kunne vise til erfaringer med bl.a. dialogmøter som ble opplevd som unødvendig:

Det dialog 1-møtet var vel egentlig bare et møte fordi vi måtte ha det. Jeg valgte jo å være ærlig med arbeidsgiver fra første stund da, og si at nå begynner jeg å bli dårlig, jeg skjønner ikke hva det er (kvinne rundt 30)

Denne informanten hadde informert arbeidsgiver om sykmeldingen før den var et faktum, og at hun dermed ikke så den store hensikten med Dialogmøte 1. På et mer generelt plan var imidlertid samme informant mer positiv til gjennomføring av dialogmøter:

Jeg synes det er veldig fint at man blir presset til å ta et dialogmøte. Det synes jeg er veldig greit egentlig. Jeg vet jo av folk som var sykmeldt i åtte måneder, og hadde ikke dialogmøte, hadde ikke kontakt med ledelsen i bedriften i det hele tatt. Og det er sånn, hvordan går det an? Veien tilbake blir ikke noe lettere (kvinne rundt 30)

Den yngste informanten i vårt materiale kunne fortelle om negative erfaringer med Dialogmøte 2, og begrunnet dette først og fremst med leders holdning, som ifølge informanten var at han (informanten) ikke var ønsket tilbake i jobb:

Jeg fikk først beskjed om liksom å legge frem saken min veldig kort og enkelt, og så fikk jeg beskjed om at vi skulle ikke gå inn på noe konkret om hvorfor jeg var syk, noe som egentlig gjorde det litt vanskelig å forklare saken min, da. Og da pratet nå først jeg litt, og så sa arbeidsgiveren liksom sin del av saken, og så sa fastlegen min det han hadde å si, og så pratet han NAV-karen veldig, veldig kort om mine muligheter... Så jeg føler det kom veldig lite ut av det møtet (ung mann)

Informanten fortalte videre at det ikke ble noen fruktbar diskusjon mellom arbeidsgiver, NAV-representanten og legen om aktuelle alternativer i dette møtet. Informanten kunne også fortelle at legen i etterkant av møtet hadde sagt at han ikke likte fremgangsmåten til lederen, og at han opplevde leder som lite villig til å prøve tilrettelegging. Samtidig hadde legen fortalt at han følte at han ikke kunne "ta noe parti" i dialogmøtet.

I kontrast til dette kunne en kvinnelig informant vise til gode erfaringer med Dialogmøte 2:

Jeg opplevde det egentlig som veldig positivt for min del. Personen fra NAV var svært hyggelig og omgjengelig, og jeg følte det jo ikke slik som noen kanskje føler det, de som føler at de blir behandlet dårlig. Det gjorde jeg ikke, jeg var veldig fornøyd. Jeg føler at jeg ble tatt på alvor og jeg ble hørt og jeg ble respektert. Og jeg følte også det at min lege, som jeg fortalte i stad, han var veldig klar og tydelig overfor min arbeidsgiver, og hun sa ikke så veldig mye. Det gjorde hun ikke der og da (kvinne rundt 50).

En annen informant, med et godt forhold til sin leder, var opptatt av at også arbeidsgiverne opplever "ulempes" i gjennomføringen disse møtene:

Det var et krav ikke sant, om at disse møtene skulle holdes, så det var sikkert en belastning også for arbeidsgiver å ha disse møtene. Men jeg kjenner jo disse menneskene så godt, så den kommunikasjonen gikk veldig greit i de møtene. Det var mest for å få gjennomført et møte, for å si det sånn (mann litt over 60).

En annen informant kunne fortelle at hun hadde deltatt i dialogmøte 3 (som gjennomføres helt mot slutten av sykmeldingsperioden), og at hun opplevde dette som en bortkastet seanse:

Var fra NAV, så var det lederen min, fra lønn og personal, så skulle fastlegen vært med, men han hadde sykt barn. Så han skrev en mail til... Tror det var hun på personal som fikk den mailen. Så jeg synes det var bortkastet det møtet, for mitt vedkommende hadde vi planen klar, skulle begynne i full jobb igjen i begynnelsen av mars. Og dette var i slutten av februar. Hvorfor skal vi ha det møtet da? Jeg var klar til å begynne (kvinne litt under 60)

Når det gjelder utarbeidelse av oppfølgingsplaner og nytten av dette, så mente flere av informantene at dette var greit. Én av informantene hadde en spesielt interessant vinkling på dette, ved å peke på at oppfølgingsplanen hadde hatt en viktig funksjon for henne gjennom å "legitimere" at hun hadde behov for tilrettelagt jobbing over en periode: *"jeg følte at jeg hadde aksept fra lederen, at jeg kunne gjøre det, at jeg kunne jobbe på den måten"* (kvinne litt over 60).

En annen informant hadde en helt annen oppfatning, og mente oppfølgingsplanen i for stor grad fungerer som et verktøy som er utviklet for å imøtekomme arbeidsgivers behov. Dette var en informant som slet med depresjon, høyt blodtrykk og stress:

Den hadde motsatt betydning, jeg tror jeg hadde klart å komme raskere i jobb hadde det ikke vært for denne oppfølgingsplanen, som kun er sett fra leders side og ikke min situasjon. For jeg visste hvor problemene har ligget, i dette med doble arbeidsoppgaver og ikke fått tid til å rydde og sånt. Hadde det gått mer tydelig frem, og hadde de sett det mer fra min side, så tror jeg at jeg hadde klart å komme tilbake raskere. Oppfølgingssamtalene, de har ikke fungert (kvinne litt over 50)

Det kommer videre frem i dette intervjuet at informanten mente at det tas for lite hensyn til type diagnose/sykdom i utarbeidelsen av oppfølgingsplaner og i gjennomføringen av dialogmøter:

De oppfølgingsplanene, når det kommer til de diagnosene vi har, så fungerer ikke det, det føles mer som et press. Har følt meg presset, presset inn i spor du ikke ønsker å komme i. Så oppfølgingssamtalene synes jeg er, det er sikkert bra for de som har knekt et ben, men de som har fått en sånn diagnose som meg, og jeg har vært åpen om den også, de synes jeg de burde ha respektert på en helt annen måte, jeg synes det er veldig slitsomt. Det er bare meg selv som kan se hvordan jeg fungerer etter hvert som jeg øker arbeidsmengden, og jeg har stress om å gjøre mer enn det jeg klarer (kvinne litt over 50).

Vi mener informanten er inne på noe viktig her; nytten av oppfølgingsplaner og oppfølgings-/dialogmøter, og ikke minst tidspunktet for når dette er hensiktsmessig å gjennomføre, er noe som bør ses i lys av den enkeltes diagnose, sykdomsbilde og generelle fungeringsnivå. Selv om det eksempelvis er unntaksbestemmelser som gjør det mulig å droppe Dialogmøte 1 og 2 (dersom dette åpenbart er unødvendig), så mener enkelte av våre informanter at dagens regelverk og modell for oppfølging for sykmeldte i for stor grad innbyr til å behandle alle tilfeller likt, uavhengig av diagnose, behandlingsforløp og hvor man generelt befinner seg i livet. Samme informant syntes videre at oppfølgingen først og fremst hadde hatt som formål å tilfredsstille arbeidsgivers behov, og ikke hadde vært noe særlig til nytte for henne som sykmeldt:

Altså, jeg føler en gjensidighet i forhold til at det var jo leders behov og ikke mine behov som skulle fylles, og derfor virket oppfølgingssamtalene som det motsatte. Det burde ha styrket en til å komme tilbake, og det virket motsatt. Det var hans behov og ikke mine behov, og det har

det vært fra første stund, hans behov, ikke mine. Og det er et stress. De oppfølgingsamtalene har jeg følt som en forbannelse mer enn som en hjelp. Det er en stressfaktor. Jeg føler det er mot sin hensikt, og har også fått tilbakemeldinger fra andre om det (kvinne litt over 50).

3.2.5 Verdien av å kunne forutse og planlegge et sykefraværsløp

For flere av informantene har oppfølgingen ikke blitt gjennomført etter den "malen" som dagens oppfølgingsmodell legger opp til, rett og slett fordi det ble vurdert som verken nødvendig eller hensiktsmessig, i lys av diagnose, planlagt operasjon/behandling og det at det allerede kanskje forelå en plan for tilbakevending til jobb. Et eksempel er hun som var sykmeldt i forbindelse med påkjenninger ved mannens sykdom og død:

I forhold til de møtene med personalkontoret og det der, så ble vi enige om at vi droppet de møtene, fordi vi hadde jo en plan. Vi hadde en fremdriftsplan. Så da synes vi, ble vi enige om at det var bare bortkastet tid. Så det var kun det siste møtet vi var på, med NAV og personal... (kvinne nesten 60)

Følelsen av å styre oppfølgingen selv var det flere som hadde gode erfaringer med:

Vi snakket en gang om sånne møtegreier, for jeg fikk jo noen brev fra NAV og sånt. Og da ble vi vel egentlig enige om at det der blåser vi bare i, for dette var liksom så grei skuring, med at jeg gikk sykmeldt. Det var så realt da, for å si det sånn. Ja, det var jo liksom en hofteoperasjon, og i og med at jeg hadde den MS-en, så var det så veldig opp til meg hva jeg ville gjøre, så da ble jeg jo enig med dem om at nei, noe møte trenger vi ikke å ha. Jeg trengte ikke noe hjelp til å tilrettelegge arbeid og sånt, det var kun meg selv som bestemte alt sammen (kvinne litt over 60)

Disse eksemplene illustrerer noe viktig, nemlig at det er en vesentlig forskjell på sykefravær som er forventet og som dermed kan planlegges, kontra de sykmeldingene som kommer mer brått på. Både for den ansatte selv, men ikke minst for leder sin del, gir disse to variantene ulike forutsetninger for å få til en vellykket oppfølging. Noen av informantene forteller at de, på bakgrunn av diagnose og/eller en hyppig og god dialog med arbeidsgiver, hadde mulighet til å legge en plan for sykefraværet *før* det egentlig var kommet i gang. De forteller videre at dette innvirket positivt på selve sykefraværperioden. Vi mener dette kan gjøres til en mer generell "lærdom"; i den grad det er mulig, så vil det være fornuftig å starte oppfølgingsarbeidet (i form av planer og møter etc.) *før* man går ut i sykmelding.

En av informantene fortalte at han hadde latt en skade utvikle seg for lenge, noe som hadde resultert i at han ikke kunne jobbe mer i sitt opprinnelige yrke. Informanten var åpen på at dersom han hadde gått raskere til legen, så ville operasjon og behandling skjedd på et langt tidligere tidspunkt, og han kunne fortsatt ha jobbet innenfor sitt opprinnelige yrke. Informanten oppfattet selv at han har høy arbeidsmoral, og at noen korte sykefravær i forkant av denne skulderskaden hadde ført til at han for enhver pris ville unngå å bli sykmeldt på nytt:

Jeg tok det med arbeidsgiver, men jeg liker ikke å være borte fra arbeid, og jeg gjør meg nok selv en bjørnetjeneste. Skulle tatt signalene mye tidligere, men i og med at jeg hadde noe fravær på grunn av disse bihulene mine og disse muggsopp-problemene, så tenkte jeg at skuldra får være skuldra, jeg kan ikke komme med det oppi det her, om det var litt vondt, det klarte jeg å leve med. Så jeg gikk kanskje alt for lenge, symptomene var der kanskje i to-tre år, gjorde at det til slutt hadde gått for langt, at jeg ikke klarte det mer (mann rundt 50)

Også en av de andre informantene (kvinne snart 60) var inne på noe av det samme, da hun beskrev sin høye terskel for å "varsle" om forhold som vedrører hennes egen arbeidssituasjon:

Intervjuer: Går du og sier fra om du blir sliten eller belastningen blir for stor?

Informant: Nei.

Intervjuer: Du har en høy terskel for det?

Informant: Ja

På spørsmål om hun synes dette er en positiv eller negativ egenskap, så svarte informanten at hun ser på det som en negativ egenskap. Med tanke på jobbhelset og trivsel, og viktigheten av å få satt i gang behandling, tiltak og oppfølging på et mest mulig gunstig tidspunkt, så er det lite tvil om at informanten er inne på noe vesentlig. Det at utfordringer knyttet til helse- og arbeidsbelastning blir tatt tak i på et tidligst mulig tidspunkt, og at ansatte og ledere er seg dette bevisst, vil være en nøkkel for å unngå mange lange sykmeldingsforløp.

Også en annen informant hadde et ønske om å ikke "belaste" leder og kolleger med sin situasjon. Informanten uttrykte på den ene side et ønske om å kunne komme på jobb mest mulig "anonymt" og gjøre minst mulig ut av seg og sin situasjon, men mente samtidig at leder i for liten grad hadde lagt til rette for at hun kunne gjøre nettopp dette:

Så jeg synes det har vært litt vanskelig, det har vært greit å få det fysiske på plass, men det er ikke bestandig bare det. Jeg hadde vel ønsket at jeg liksom kunne kommet på jobb og vært usynlig og bare gjort mine arbeidsoppgaver og sluppet å tenke på noe annet. Skjønner du hva jeg mener? Og det føler jeg ikke blir fulgt helt opp av arbeidsgiver, og du kan ikke belaste kollegaene dine med det. Det kan du ikke, det får man seg ikke til å gjøre. Det synes jeg er et ledelsesansvar, men det har de i hvert fall ikke tatt foreløpig, for å si det sånn (kvinne litt over 50).

3.2.6 Forholdet til leder

Som vi allerede har vært mye inne på er det mye i våre intervjuer som tyder på at forholdet til nærmeste leder har stor betydning for hvordan et sykefravær utvikler seg. I flere av intervjuene er det tydelig at forholdet til leder har vært svært viktig for om den sykmeldte har opplevd oppfølgingen som positiv. Casepresentasjonene tidligere i kapitlet viste samtidig at det blant våre informanter var enkelte som hadde opplevd samhandlingen med leder som svært vanskelig underveis i sykmeldingsperioden. I disse tilfellene var imidlertid relasjonen med leder dårlig i utgangspunktet.

En kvinnelig informant hadde opplevd at arbeidsgiver ved to tilfeller (etter hverandre) ikke hadde møtt opp til dialogmøte:

Der er jeg fryktelig skuffet, for jeg hører aldri noe, og jeg har vært på to møter som jeg skulle ha med NAV og arbeidsgiver og doktor. Siste møte, da satt vi enslige jeg og han fra NAV, doktoren kunne ikke komme fordi det hadde vært en ulykke, så det er greit. Men arbeidsgiveren møtte ikke opp. Og så skulle vi prøve igjen etterpå, og da ringte jeg til arbeidsgiveren min igjen, og da møtte hun heller ikke opp. Så jeg hører aldri noen ting... Det er klart at hun spør meg når jeg kommer bort på skolen, hvordan det står til og slikt, men jeg er fryktelig skuffet, jeg er det (Kvinne snart 50).

Én annen informant opplevde at lederen ikke tok henne på alvor da hun meldte inn et behov for tilrettelegging i forkant av sykmeldingen. Dette ble for hennes del svært avgjørende for utfallet av selve sykmeldingsperioden:

Jeg tror at hvis han hadde vært litt sånn ydmyk og sagt at ok, men da ruller vi litt på vaktlistene, gjør om litt på oppgavene, kanskje jeg skulle søkt permisjon for en del av stillingen eller snakket med legen om gradering av stillingen, altså sånne ting. Det ble litt sånn, "Nei, det var ikke noe bruk for meg hvis jeg ikke var der for fullt", og det er feil. For vi bruker jo ekstrahjelpere som er der bare 20 prosent... Så jeg var mye uenig med han på den håndteringen der da. Jeg så det på veldig mange måter, at det her ble vanskelig for han. Jeg husker ikke helt når det var, men vi var ute og spiste en kveld i hvert fall. Og da og var det sånn nervøs kjødding, og så turte han ikke å snakke til meg, for jeg var egentlig bare seriøs tilbake til han. Så jeg orket ikke det der, noe forbannet tullball. Så det ble litt sånn hø hø, så jeg var sikkert ikke enkel å ha med å gjøre jeg heller...(kvinne rundt)

Også en annen informant (kvinne litt over 30) kunne fortelle om en vanskelig relasjon med sin leder, noe som helt klart hadde betydning for hvordan sykefraværet forløp:

Intervjuer: Hvordan opplevde du den dialogen du hadde med sjefen din i tiden når du kom og sa at du skulle prøve eller ville prøve en delvis sykmelding og delvis jobb?

Informant: Nei, kjempedårlig. Det som skjedde var stikk motsatt av det jeg ville og det jeg mente var best for meg, og det som legen min sa var best for meg. Ble jo på en måte litt anstrengtfølelse, for hun sa at "du må tenke på at vi er mange her og jeg kan ikke bare tenke på deg"... ikke noe kjekt, for å si det sånn, men hadde en god kollega som støttet meg når det var litt tungt, da.

Ser vi dette i sammenheng med casepresentasjonen tidligere i kapitlet er det lite tvil om at relasjonen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker i stor grad legger premissene for hvordan et sykefravær forløper og hva som blir utfallet av det for mange av våre respondenter. Dersom både leder og ansatt er motivert for en raskest mulig retur til jobb, så vil innsatsen underveis, og ikke minst *intensiteten* i oppfølgingen, gjenspeile dette. I en slik situasjon vil sannsynligvis alle parter jobbe for det ene alternativet (tilbakevending til jobb), uavhengig av hva dagens regelverk krever av dem.

3.2.7 Åpenhet omkring egen helse

De fleste vi intervjuet fortalte at de hadde vært åpen om sin egen helsetilstand overfor arbeidsgiver, og om årsaken til sykmeldingen. For noen var ikke dette noe problematisk, årsaken var ofte åpenbar, og det opplevdes som lite hensiktsmessig å skulle holde det skjult for arbeidsgiver. Dette gjaldt særlig der sykmeldingen var planlagt og kom i forbindelse med operasjon eller behandling, men også i tilfeller hvor vedkommende hadde hanglet over lengre tid. Noen forteller at de har tatt et bevisst valg om å være åpen om dette overfor arbeidsgiver/leder. Én av informantene, som også ble presentert som et case tidligere i kapitlet, valgte denne strategien i forkant av sykmeldingen:

Altså, jeg vet de ikke har noe krav på å vite noe egentlig, men jeg syns at man skal være ærlig og si hva det er for noe. Jeg har sikkert kunne gjort mye annerledes jeg og. Men jeg ser ikke helt hva det skulle vært i ettertid. Det blir litt sånn når du er psykisk syk, så er alt veldig vanskelig for deg. Så da blir alt veldig avhengig av andre, og det er... Jeg har mistet mange venner på grunn av det og i en periode så kom jeg meg ikke ut i det hele tatt. Så var jeg for ærlig og så sa jeg "vet du hva, nå sliter jeg så veldig, så det hadde vært fint om dere tok kontakt med meg, istedenfor at jeg var nødt til det, for jeg får ikke til å ta kontakt med noen." Og da er det noen

som ja, hvis det er sånn det skal være, så orker nå ikke jeg. For det skal nå være gjensidig. Og det skjønner jeg (kvinne rundt 30)

I intervjuet kom det frem at hun i etterkant har lurt på om dette var lurt. Hennes erfaring var at lederen hennes ikke taklet denne informasjonen på noen god måte, og at det ble en medvirkende årsak til at hun vegret seg for å returnere til samme arbeidsplass:

Nei, jeg har ikke vært i nærheten av å jobbe der nei. Jeg har klart å gå innom og si hei nå. Og det er egentlig greit nok det. Det å gå inn med hevet hode og kjenne på at det her er greit. Det som har skjedd meg, er noe som kan skje alle. Alle kan få seg en psykisk knekk, og det er dessverre de som vet så lite om det at de skremmer dem. Det er liksom det jeg har blitt matet med av mine terapeuter, at grunnen til at folk reagerer som de gjør, er stort sett fordi at de ikke forstår (kvinne rundt 30)

Selv om de fleste har vært, og ønsker å være åpne om sin egen helse til leder og kolleger, opplever flere at det er en utfordring i dette. Spesielt når helsesituasjonen oppleves å få konsekvenser for arbeidsevnen, noe denne kvinnen opplevde:

Da blir det vanskelig. Og det opplevdes med denne lederen, han burde jo ha satt i verk tiltak i fjor, da jeg satt og gråt på medarbeidersamtalen, han burde jo ha satt foten ned da, ikke sant? (kvinne litt over 50)

Her var en belastende arbeidsmengde en viktig årsak til kvinnens sykmelding, og trolig bidro leders manglende forståelse for behovet for tilrettelegging til å vanskeliggjøre situasjonen ytterligere.

Å være åpen om egen helsesituasjon er antakelig det enkleste for mange. Det kommer imidlertid godt frem i intervjuene at mens det for noen ikke bød på noe problem, ble helseopplysninger av andre opplevd som svært sensitiv informasjon. Det er åpenbart en stor forskjell på å være åpen om helse når sykdom og sykmelding ikke krever forklaringer og forsvarstaler, men er åpenbar for alle. I tilfeller der helse oppleves som dårlig som følge av påkjenninger og belastninger som kan knyttes til jobb, kan det virke som det er vanskeligere og mer problematisk å være åpen. Her kommer det igjen tydelig frem hvor viktig det kan være å ha et godt forhold til nærmeste leder.

3.2.8 NAVs rolle i disse langtidssykmeldingene

Som vi har vært inne på så er enkelte av sykmeldingstilfellene i vårt materiale litt "spesielle", i den forstand at de involverer alvorlig sykdom (med tilhørende operasjoner). Dette betyr også at det i noen av disse sakene ikke har blitt gjennomført dialogmøter i tråd med dagens norm. I den grad det har vært avviklet møter i disse tilfellene, så har de vært mellom ansatt og leder (og blitt gjennomført på tidspunkter som de selv har bestemt).

Hvilke erfaringer har så informantene med NAV sin rolle i sykefraværsoppfølgingen? Slik systemet er i dag så skal NAV motta rapportering innen 9 uker og kalle inn til Dialogmøte 2 innen 26 uker. Et viktig spørsmål blir dermed om NAV, som en potensielt viktig aktør i et sykefraværsforløp, blir involvert på et tidlig nok tidspunkt. Spesielt interessant er dette med tanke på at NAV rår over en rekke ulike virkemidler, som retter seg både mot individer og virksomheter. Er det slik at NAV i en del saker burde involveres på et tidligere tidspunkt, for eksempel for å unngå at vurderinger av om det er riktig å fortsette videre i samme jobb eller ikke, ikke kun blir overlatt til arbeidsgiver og den sykmeldte? Enkelte av våre informanter er av den oppfatning at NAV har vært trege med å komme på banen i sine saker:

Ikke en telefon eller et papir eller noe fra NAV, annet enn sykmeldingslønsslippen min. Jeg er fornøyd med alt, det eneste er at jeg kanskje kunne hørt litt mer fra NAV, for å si det slik. Jeg kunne gjerne hatt et slik uoppfordra informasjonsmøte rett og slett, om rettighetene når man er langtidssykmeldt... Det kunne jeg tenkt meg (mann midten av 40-årene).

På spørsmål om hvorfor NAV ikke har vært mer involvert i hans sak, svarte informanten følgende: "Det blir for mye, de har rett og slett for stort arbeidspress på hver enkelt på kontoret."

En annen informant, som hadde vært gjennom to fulle sykmeldingsperioder, hadde lignende erfaringer. Etter hans oppfatning hadde NAVs "rolle" under hans sykefraværsperioder kun gått ut på å sende ham det han omtaler som "trusselbrev":

NAV, jeg har ikke hørt noe fra NAV. Hvis ikke jeg hadde kontaktet dem, hadde jeg ikke hørt noe annet enn trusler fra dem, om at nå stoppes de og de utbetalingene hvis ikke de og de dokumentene blir levert inn. Men arbeidsgiveren har jo levert inn sånt til de ukene, men trusselbrev har det jo kommet, om at jeg mister sykepengene hvis ikke de og de dokumentene er inne. Og jeg følte akkurat de brevene og utformingen av de brevene som småprovoserende. Fordi det virker som at de truer og det er ting som skal følges opp og gjøres, de sender brevene, de er ikke delaktig, de innkaller ikke til noen ting, de organiserer ikke noen ting, men de truer meg med å miste sykepengene, når det er arbeidsgiveren og NAV som kanskje skulle hatt den samtalen (mann litt under 50)

På tross av to fulle sykmeldingsperioder hadde ikke denne informanten blitt kontaktet av NAV. Selv om det er vanskelig å anslå hvor vanlig dette er, reiser slike eksempler likevel et spørsmål om hvorvidt NAV i ulike enkeltsaker har en konkret plan for når de skal involvere seg. Selv om en ansatt og en arbeidsgiver har en plan for å få til tilbakevending til jobb, så vil det ofte kunne være behov for bistand utenfra, for å få til en bredest mulig diskusjon av de alternativene som foreligger. Jo mer en slik diskusjon drøyer, jo vanskeligere kan det bli å få til en god oppfølging.

En annen informant kunne vise til et tilfelle der NAV, på et Dialogmøte 2 som de selv hadde kalt inn til, ikke hadde anledning til å stille med representant:

Ja, jeg ble innkalt. Det var nå, jeg husker ikke datoen i hodet nå, men det var nå i månedsskifte, og vi skulle møte opp klokken 10.00 en dag, og møtte opp kvart på ti da og satt der, og så dukket det nå ikke opp noen fra NAV da. Så da ringte dem fra NAV da, og sa at de hadde ikke noen å sende opp, mens vi satt der. Det var jo helt perplekst, vi skulle møtes... (mann litt over 60).

Det at NAV ikke møter opp i et dialogmøte som de selv har innkalt til, er selvsagt særdeles uheldig. Forhåpentligvis er det noe som skjer sjelden.

To av informantene bruker begrepet *firkantet* når de skal beskrive NAVs fremgangsmåte i sine saker:

Det kan ikke være så firkantet som NAV-systemet er. For de har et veldig firkantet regelverk å forholde seg til, der det ikke finnes nyanser i det hele tatt, utenfor det. Og så lenge det ikke går an å se på enkeltpersoner, at man bare ser massen, så tror jeg det blir vanskelig å gjennomføre (mann rundt 50)

Men det jeg har opplevd flere ganger da, er at NAV er ganske firkantet. Sykmeldingen, så har jeg jo fått ny hver måned, sånn gjennomsnittlig da. Og så har jeg vært hos legen. Og da må vi jo fylle ut det her skjemaet som NAV skal ha, og levere sykmeldingen. Og to ganger så har jeg

glemt å skrive første dag sykmeldingen min gjaldt, og da går det tre-fire dager så får jeg tilbake papiret i posten (mann litt over 60)

Det ligger en utfordring i dette, ved at systemet kan miste legitimitet dersom det praktiseres på en måte som oppleves som for rigid. Flere av informantene kommer med erfaringer som gir grunn til å tro at det fremover vil være fornuftig å rette oppmerksomheten mot hvordan ulike deler av regelverket for oppfølging av sykmeldte praktiseres. Selv om det foreligger unntaksbestemmelser knyttet til gjennomføring av Dialogmøte 1 og 2, så er det viktig å ha en løpende kontroll med hvordan regelverket faktisk blir praktisert rundt omkring.

3.2.8.1 Regelverket for oppfølging av sykmeldte oppleves som lite fleksibelt

Noen informanter hadde også meninger om dagens sykefraværsregelverk på et mer grunnleggende plan. En gjennomgangstone var at dagens oppfølgingsmodell, med sine definerte stoppunkter, oppleves som for lite fleksibel:

Men jeg føler vel ikke det at de har kommet med noe konkret. De kunne kanskje vært litt mer, jeg vet ikke om de har mandat til det eller hvordan det er, men de kunne vel kanskje ha stilt litt mer krav til arbeidsgiver. Ikke bare om rapporter og møter. Altså, at de på en måte fulgte litt mer opp, blir du virkelig ivaretatt av arbeidsgiver? Ikke bare være opptatt av at man har gjort møtene innenfor den og den datoen og sånn. Alt er så kontormessig, altså de gjør det fordi at de må gjøre det, fordi lover og regler sier at de må gjøre det. De har kalt meg inn fordi de må, og så har vi hatt en god samtale og pratet og gått ut, begge to og vært fornøyde, men jeg føler vel ikke at... Ja, jeg vet ikke hvordan jeg skal si det. Det er en forpliktelse de har. Og hva mer gjør de liksom? (Kvinne litt over 50)

En annen informant uttrykte det slik:

Det jeg kanskje savner med det opplegget, er vel egentlig at de er veldig A4 når det gjelder hvorfor du er sykmeldt, og det er noen ting du ikke kan tilrettelegge heller, for å komme raskere tilbake. I forhold til NAV, at en del av de møtene de skal ha deg gjennom, er jo egentlig ikke nødvendig (kvinne midten av 50-årene)

En annen av informantene, med erfaring både som leder og ansatt, tilkjenner følgende oppfatning av dagens modell for oppfølging av sykmeldte:

Men jeg må si at opplegget med sykmeldingen, jeg blir nærmest kvalm når jeg ser det. Jeg ser at det bare er et sånt politisk vedtak som noen har funnet på, som det ikke blir noe ut av, og som blir bare et press på arbeidsgiver og et press på den som er sykmeldt. Men det kan være fordi at jeg ut fra mine erfaringer ikke har noe tro på det altså. Men jeg følte helt klart et personlig følelsesmessig press (kvinne litt over 60)

Noen av informantene har opplevd at sykdom og behandlingssituasjon har gjort det lite hensiktsmessig å gjennomføre de obligatoriske møtene. Særlig gjelder dette i de tilfeller hvor den sykmeldte har vært avhengig av behandling et annet sted (sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner), noe som først og fremst gjør det praktisk vanskelig å få gjennomført møter innen fristene. Én informant, som gjennom en tidligere sykmelding hadde vært gjennom oppfølging og tilretteleggingsforsøk, opplevde den nye sykmeldingen (med nye runder med utredning og oppfølging) som veldig belastende. Informanten mente bl.a. at regelverket i for stor grad legger opp til at alle skal behandles likt og at ting skal dokumenteres på samme måte, selv om sykmeldingstilfeller kan være svært forskjellige:

Altså, det som gjør at det med oppfølgingen der blir et slags mareritt... For det står at når du er sykmeldt så kommer du med sykmeldingen din og så skal du følges opp. Men når jeg sier det at jeg var jo sykmeldt tidligere og da prøvde vi jo ut alt, vi er jo profesjonelle da... Hva vi kunne gjøre eller ikke gjøre? Jeg fikk vel noe utstyr fra NAV, og jeg prøvde ut mye ulike dager og ulike tidspunkter. Så vi var på en måte utprøvd (kvinne litt over 60)

Dette var et inntrykk vi fikk fra flere, nemlig at dagens regime ikke passet så godt for deres situasjon. Hva som ligger i det å bli fulgt opp av arbeidsgiver handler om mye mer enn hvorvidt det er gjennomført oppfølgings- og dialogmøter, om planer er skrevet ned og sendt inn og om tilrettelegging er vurdert eller iverksatt. Annen kontakt oppleves som positivt:

Ja, jeg snakket jo med han. Vi snakket jo så mye daglig, sånn sett så har de blitt fullt informert om hvordan staa er... Vi har jo noe som heter mandagsmøter også, der vi tar opp ting og snakker, for vi er ikke så stor gruppe, vi er fem stykker på avdelingen.

Tilsvarende opplevde to andre informanter *fraværet* av en slik kontakt, utenom de obligatoriske møtepunktene som følger av sykefraværsregelverket, som negativt:

Da jeg ikke var på jobb, så hørte jeg ikke så mye, den kunne kanskje vært litt bedre. Savnet litt kontakt der, bare en telefon – hvordan har du det, hvordan går det, det hadde vært hyggelig. Men det er vel ikke planen hennes. Hun fulgte bare opp det som stod i boka hennes (kvinne litt under 60)

Altså, han har jo gjort det han har vært pliktig til, men følelsen min var at det var ikke noe medmenneskelighet å hente der. Men det er mer han som person (kvinne rundt 30)

Det siste sitatet samsvarer med det en annen informant har erfart, nemlig at oppfølgingen i en del tilfeller blir veldig begrenset til det som lederne er pålagt å gjøre, mens den daglige og "medmenneskelige" omsorgen mistes litt av syne. Et betimelig spørsmål i så måte er om økt detaljering og byråkratisering av reglene for oppfølging av sykmeldte, der ledernes oppmerksomhet i økende grad rettes mot *hva* som er gjennomført og *hva* som er rapportert, vil bidra til å forsterke dette.

En annen informant var inne på noe av det samme:

Ja, jeg hadde jo litt mer forventinger, om at de skulle ta kontakt i alle fall. Det hadde jeg jo. Og det var veldig skuffende, synes jeg (kvinne litt over 60)

Denne informanten (sykmeldt grunnet brå og alvorlig sykdom) er også inne på et annet viktig poeng, nemlig at også kollegene kan spille en viktig rolle for at sykmeldte skal føle at de er i kontakt med arbeidsplassen:

Men jeg er jo også dritskuffet over at de på avdelingen her i [navn kommune] overhodet aldri tok kontakt. Det har vært helt tragisk, altså (kvinne litt over 60)

Før vi oppsummerer intervjuene med de langtidssykmeldte, går vi gjennom rollen og erfaringer oppfølgingsarbeid blant tillitsvalgte og verneombud.

3.3 Tillitsvalgte og verneombud

Tillitsvalgte og verneombud er forventet å ha en rolle i IA-arbeidet, men ikke nødvendigvis på individnivå i forhold til oppfølging av sykmeldte. Unntaket er at dersom arbeidstaker ønsker det, kan tillitsvalgt/verneombud være med i møtet. Dette er ikke regulert i Arbeidsmiljøloven, men det er tatt med i Protokollen³ (under avsnittet om at "Stoppunktene" i sykefraværsløpet fremskyndes).

I tillegg står det i Protokollen:

Partene forventer at forebyggende arbeid og sykefravær- og tilretteleggingsarbeid skal ha et større fokus i HMS-opplæringen for øverste leder, vernetjenesten, linjeledelsen og tillitsvalgte enn det har i dag.

I dette kapitlet søker vi mer kunnskap om følgende spørsmål:

- Hvor involvert er tillitsvalgte og verneombud i sykefraværarbeidet i virksomheten på individnivå og på systemnivå?
- Hvilke erfaringer har tillitsvalgte og verneombud med dagens system? Fordeler og ulemper
- Inngår sykefraværsløpet i forebyggende HMS arbeid?

3.3.1 Metode, datainnsamling og utvalg

Dette er ikke problemstillinger som kan analyseres med registerdata eller andre eksisterende datakilder. Datagrunnlaget må derfor fremskaffes og intervjuer og spørreundersøkelser er eneste mulighet.

Vi har intervjuet tillitsvalgte og verneombud i en rekke virksomheter, gjennom mange prosjekt. Alle intervjuer tas opp på digitale opptakere, transkriberes og fullkodes før analysene gjøres. Når man har gjennomført en rekke intervjuer, begynner man å se mønstre det kan være viktig å kartlegge gjennom en spørreundersøkelse.

Vinteren 2012 gjennomførte vi i forbindelse med dette prosjektet og i evalueringsarbeidet vi gjør rundt IA-avtalen en spørreundersøkelse der 3 937 IA-virksomheter ble invitert til å delta. Det ble utviklet to ulike skjema og både hovedtillitsvalgt/tillitsvalgt og daglig leder/virksomhetsleder i hver virksomhet fikk tilsendt invitasjon (i posten) med tilhørende link til hver sin elektroniske undersøkelse. Sentio har stått for utsending og oppsett av elektronisk skjema, men SINTEF har utviklet skjema.⁴

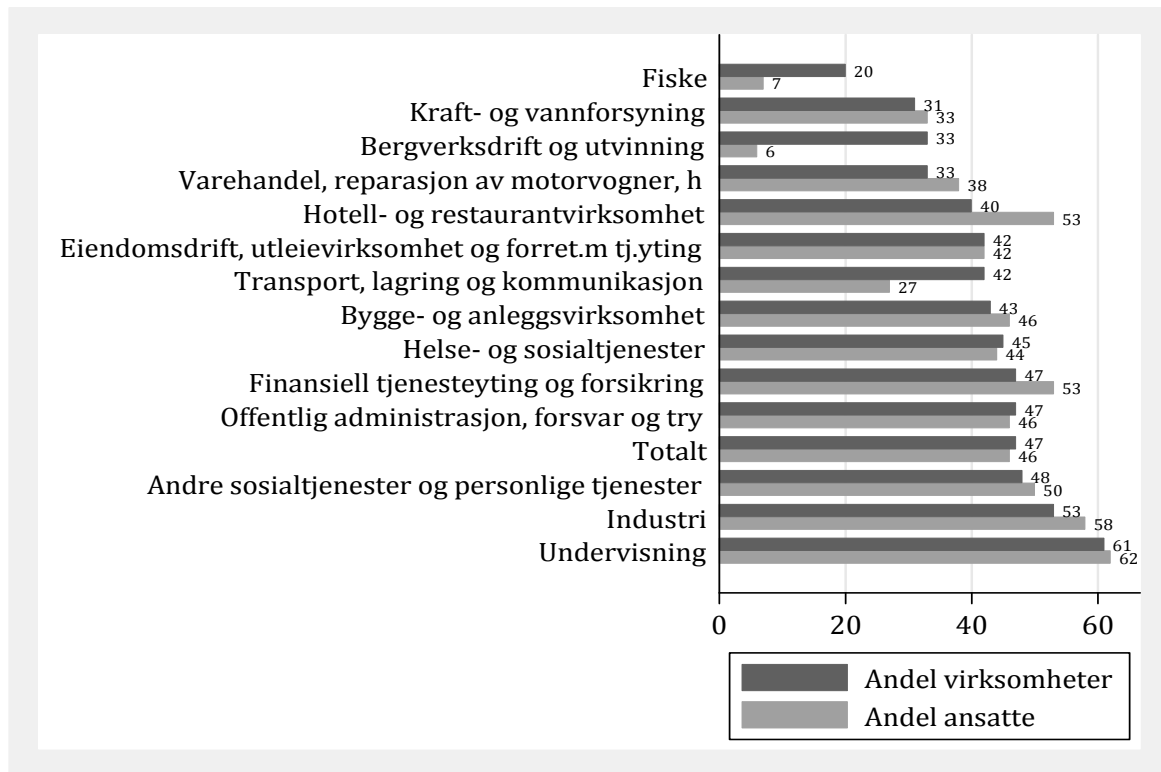
Vi har fått svar fra 1 844 tillitsvalgte og verneombud.⁵ Dette betyr at vi har svar fra tillitsvalgte og eller verneombud fra 47 prosent av virksomhetene. Vi har ikke hatt datainnsamling blant ansattrepresentanter i virksomheter uten IA-avtale og har dermed et skjevt utvalg. Utvalget er det vi kan kalle dobbelt-skjevt fordi virksomhetene som har svart på spørreundersøkelsen både er selektert fordi de er IA-virksomhet (har aktivt valgt å inngå IA-avtale) og at de har valgt å svare på en

³ Protokoll mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen 24. februar 2010

⁴ Utvalget er trukket tilfeldig fra IA-registeret i 2008 av SSB. For å bli med i utvalget måtte de ha minst 9 ansatte i 2008, slik at de minste virksomhetene er ikke representert. Samme virksomheter er spurt i 2012 for å få "follow up" data. I perioden 2008-2012 er det over 1 063 virksomheter som er lagt ned, fusjonert eller på annen måte ikke sammenliknbar i 2012. Derfor er undersøkelsen sendt til 3 937 virksomheter og ikke 5 000 som i 2008.

⁵ I neste kapittel ser vi på svarene fra daglig leder/virksomhetsleder.

spørreundersøkelse om evalueringen av IA-avtalen. Dette betyr kanskje at de tillitsvalgte og verneombudene som har svart, er blant de som kan mest om dette. Det vil altså være sannsynlig at utvalget (tillitsvalgte og verneombud i IA-virksomheter som har svart på undersøkelsen) i større grad enn populasjonen (tillitsvalgte og verneombud i alle virksomheter) er involvert i arbeidet med sykmeldte. Dette betyr kanskje også at de har best forutsetninger for å svare på spørsmålene om virksomhetens arbeid med oppfølging av sykmeldte.



Figur 3.2 Svarprosent tillitsvalgte og verneombud i survey, 2012.

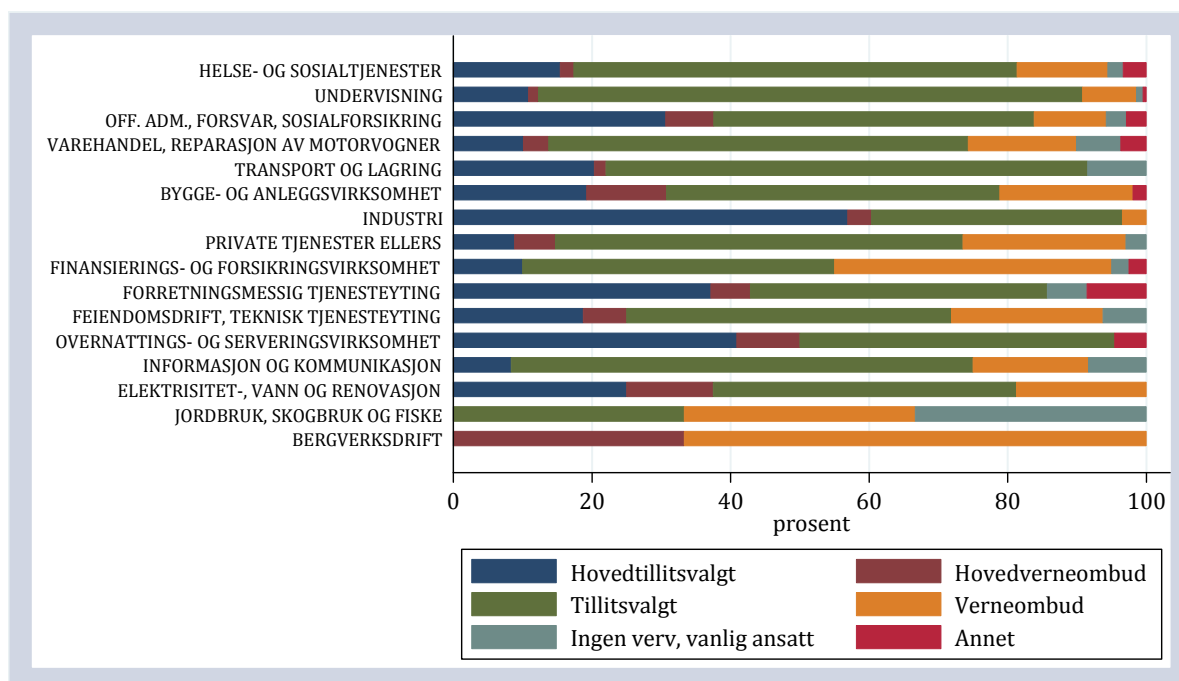
I figuren over viser vi representativitet på hovednæringskodenivå. Da har vi tatt utgangspunkt i hele IA-registeret og sett på hvor mange virksomheter som har

Fra figur 3.2 kan vi se at innen undervisning er 61 prosent svarprosent fra virksomhetene som er invitert til undersøkelsen. Disse virksomhetene (428 virksomheter) dekker 62 prosent av de ansatte i alle virksomhetene innen undervisning som mottok spørreskjemaet. I den andre enden av skalaen, ligger virksomheter innen fiskerinæringene. Her er det 20 prosent av virksomhetene som har sendt inn svar fra tillitsvalgte, men dette er relativt små virksomheter som dekker bare syv prosent av de ansatte. Alle næringene sett under ett, ser det ikke ut til at store virksomheter i særlig større grad har svart enn mindre virksomheter.

Tabell 3.1 Ansattrepresentantenes/respondentenes verv og rolle. N=1844

| | Antall | Prosent |
|---------------------------|--------|---------|
| Tillitsvalgt | 1 143 | 62 |
| Hovedtillitsvalgt | 329 | 18 |
| Verneombud | 220 | 12 |
| Hovedverneombud | 59 | 3 |
| Ingen verv, vanlig ansatt | 46 | 2 |
| Annet | 42 | 2 |
| Ikke svart | 5 | 0 |
| Totalt | 1 844 | 100 |

Det kan også være interessant å se på rollene eller vervene respondentene som svarer på vegne av de ansatte i de ulike næringene. Dette er vist i neste figur.



Figur 3.3 Andel svar fordelt på rollen til respondenten, prosent andel av svarene som er fra tillitsvalgt eller verneombud etc.

Primærfokuset i denne surveyen er ikke å undersøke hvor godt reglene rundt oppfølging av sykmeldte fungerer. I evalueringen av IA-avtalen og protokollen er det endringene 1. juli 2011 vi er bedt om å ha fokus på. En del av spørsmålene er likevel relevant for det som gjelder oppfølging av sykmeldte mer generelt.

3.3.2 Hvor mye deltar tillitsvalgt og verneombud i oppfølgingen av sykmeldte?

I forbindelse med at vi i Evalueringen av IA-avtalen skal undersøke implementeringen av regelendringene 1. juli 2011 har vi stilt respondentene følgende spørsmål: Har du deltatt i arbeidet med å følge opp sykmeldte?

Siden spørsmålet handler om endringene i regelverket heller enn et generelt spørsmål hvor involvert de er, vil dette kunne underestimere involveringen. Dette spørsmålet er stillet med følgende overtekst: *Fra 1. juli 2011 ble det gjort endringer i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven som skal sikre tidlig og tett oppfølging av sykmeldte. Reglene innebærer at oppfølgingsplan og dialogmøter nå skal utarbeides og gjennomføres tidligere.*

Tabell 3.2 Har du deltatt i arbeidet med å følge opp sykmeldte? Svar fra Tillitsvalgte og verneombud

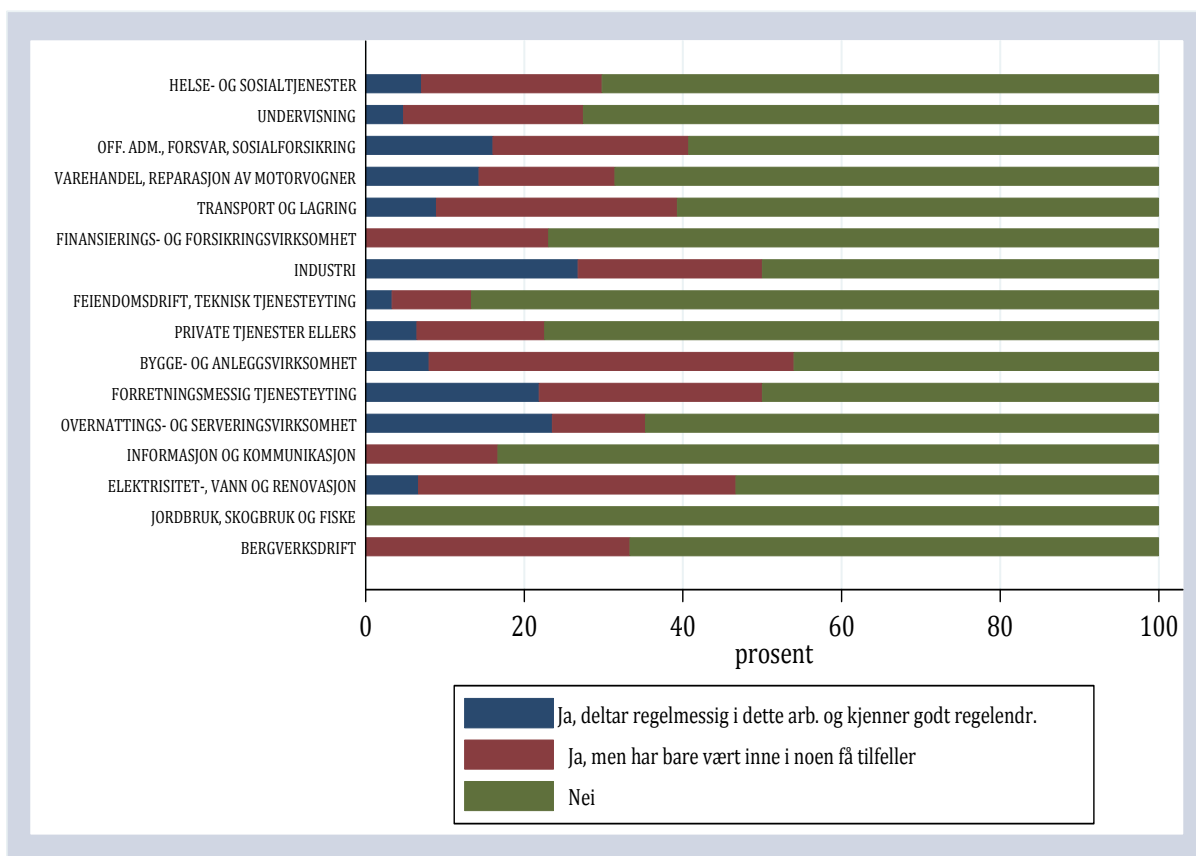
| | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| Ja, deltar regelmessig i dette arbeidet og kjenner godt regelendringene | 156 | 9 |
| Ja, men har bare vært inne i noen få tilfeller | 406 | 23 |
| Nei | 1 177 | 68 |
| Total | 1 739 | 100 |

Tabell 3.3 Prosent av respondentene som deltar regelmessig og kjenner godt til regelendringene, fordelt på verv og rolle, 2012.

| | Prosent | Antall svar |
|---------------------------|---------|-------------|
| Hovedtillitsvalgt | 18 | 329 |
| Hovedverneombud | 29 | 59 |
| Tillitsvalgt | 4 | 1 143 |
| Verneombud | 6 | 220 |
| Ingen verv, vanlig ansatt | 37 | 46 |
| Annet | 38 | 42 |
| Totalt | 9 | 1 839 |

Vi undersøker om det er forskjeller mellom ulike typer næringer i forhold til hvor involvert de er i oppfølgingsarbeidet, se neste figur. Det ser ut som ansattrepresentantene er mest involvert i bygge- og anleggsvirksomhet, industri og forretningsmessig tjenesteyting. Ut i fra dette kan det se ut som det er i de typisk mannsdominerte næringene ansattrepresentantene er mest involvert.

Ut i fra dette kan vi konkludere med at tillitsvalgte og verneombud i liten grad deltar i oppfølgingsarbeidet, men at Hovedtillitsvalgte og Hovedverneombud deltar i mye større grad. Dette betyr sannsynligvis at det er lite involvering rundt den enkelte sykmeldte, men mer på systemnivå der de stort sett jobber de som har hovedtillitsverv eller er hovedverneombud.



Figur 3.4 Involvering i sykefraværarbeidet etter næring, 2012. N=1 689.

Vi har også spurt mer direkte om de tillitsvalgte deltar på dialogmøte og svarfordelingen er vist i neste figur. Mønsteret i forhold til rolle og næring, følger i stor grad resultatene over.

Tabell 3.4 Prosent av respondentene som deltar regelmessig og kjenner godt til regelendringene, fordelt på verv og rolle, 2012.

| | Antall | Prosent |
|--|--------|---------|
| Alltid | 26 | 1 |
| Svært ofte | 44 | 3 |
| Ofte | 47 | 3 |
| Sjelden | 153 | 9 |
| Svært sjelden | 90 | 5 |
| Aldri/ikke deltatt i å følge opp sykmeldte | 1 375 | 79 |
| Totalt | 1 735 | 100 |

80 prosent av de tillitsvalgte og verneombudene som har svart, har ikke deltatt på dialogmøter eller i oppfølging av sykmeldte. Det er igjen systematiske forskjeller i retning av at det er de som har rollen som hovedtillitsvalgt og hovedverneombud som deltar.

Dette stemmer med funn fra undersøkelsen blant ledere for IA-virksomhetene som vi viser i neste kapittel. Der har vi spurt om hvem som vanligvis deltar på Dialogmøte 1. I seks prosent av

virksomhetene svarer lederen at de tillitsvalgte vanligvis er med, mens i tre prosent av virksomhetene svarer lederen at verneombudet vanligvis er med i Dialogmøte 1.

Til slutt har vi spurt om de tillitsvalgt om de holder jevnlig kontakt med kolleger som blir sykmeldt. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

Tabell 3.5 Holder du jevnlig kontakt med kolleger som blir sykmeldt?

| | Antall | Prosent |
|--------------|--------|---------|
| Ja | 301 | 20 |
| Nei | 472 | 31 |
| Delvis | 571 | 38 |
| Ikke aktuelt | 149 | 10 |
| Vet ikke | 28 | 2 |
| Total | 1 521 | 100 |

Det er altså 20 prosent som svarer at de holder jevnlig kontakt med kolleger som blir sykmeldt. Det er vanskelig å si noe ytterligere om dette, men vi har undersøkt og funnet at det er ingen tydelig systematikk i svarene ut i fra rollen til respondenten (tillitsvalgt, verneombud eller annet), størrelsen på virksomhetene eller hvilken næring virksomheten tilhører. Dette kan tyde på at det er personavhengig om hvorvidt de følger opp heller at det handler om størrelsen på virksomheten eller hvilken næring de hører til.

3.3.3 Hvor nyttig mener representanter for de ansatte at oppfølgingsarbeidet er?

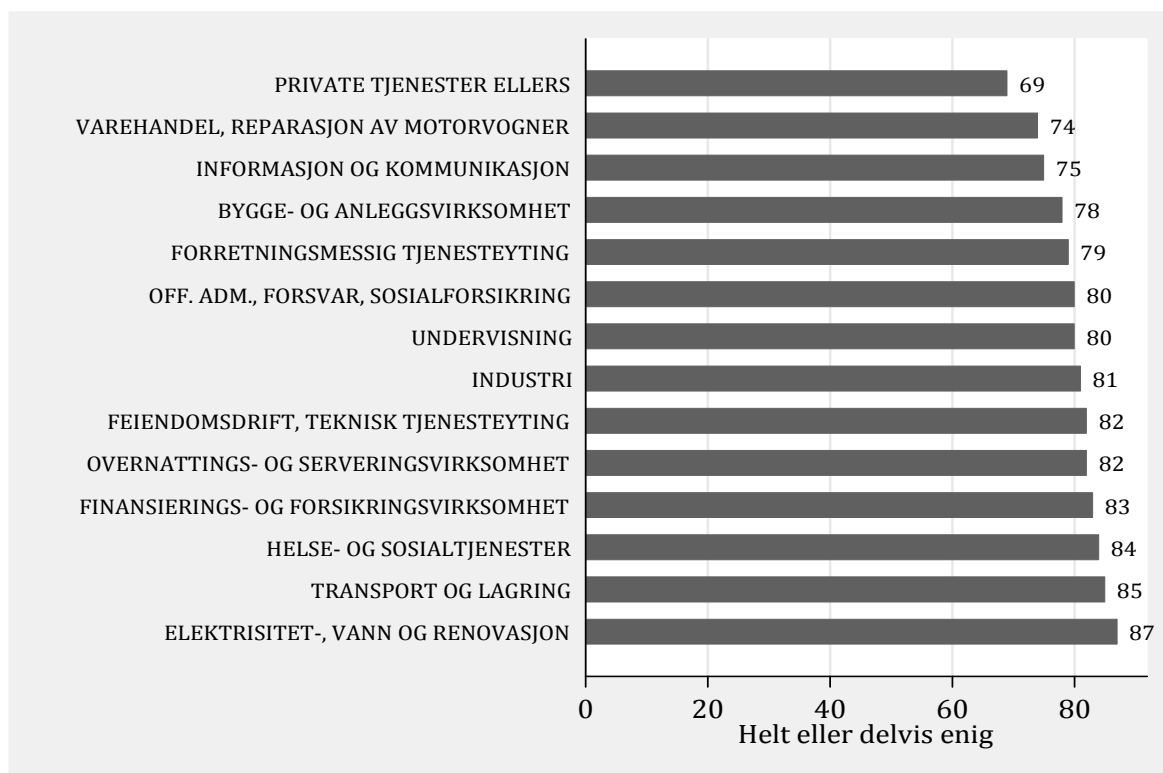
Vi har bedt ansattrepresentantene ta stilling til påstanden: Oppfølgingsplanen som verktøy er viktig for at sykmeldte skal kunne vende raskt tilbake til jobb. Svarene er vist i neste tabell.

Tabell 3.6 Respons på påstand: Oppfølgingsplanen som verktøy er viktig for at sykmeldte skal kunne vende raskt tilbake til jobb. Tillitsvalgt, verneombud mfl, 2012.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 21 | 1 |
| Delvis uenig | 41 | 2 |
| Verken/ eller | 98 | 6 |
| Delvis enig | 484 | 29 |
| Helt enig | 862 | 52 |
| Vet ikke | 146 | 9 |
| Totalt | 1652 | 100 |

Også her kan det være interessant å se om det er forskjeller etter næring og virksomhetsstørrelse og etter hvilket verv respondenten har.

Vi finner ikke systematiske forskjeller etter hvilket verv respondenten har, eller etter størrelsen på virksomheten. Det er også relativt små forskjeller mellom næringer, se neste figur.



Figur 3.5 Andel av respondenten helt eller delvis enig i at Oppfølgingsplanen som verktøy er viktig for at sykmeldte skal kunne vende raskt tilbake til jobb, 2012. N=1 689.

Det er altså stor overvekt av ansattrepresentanter som mener at oppfølgingsplanen er et viktig verktøy, i alle næringene.

De som har svart at de deltar på dialogmøter, har fått muligheten til å svare på et åpent spørsmål om hvordan de vil beskrive nytten av dialogmøtene. Vi har her ikke skilt på Dialogmøte 1 og Dialogmøte 2, men vet fra NAV at tillitsvalgte og andre ansattrepresentanter sjelden deltar på Dialogmøte 2.

Det er svært stor bredde i hvordan nytten av dialogmøtene er:

Deltar i for få til å ha en egen erfaring om nytten av disse møtene. (Hovedverneombud, varehandelen kjede).

Dialogmøtene er nyttige i den forbindelse at man får kontakt med både nav, lege og bht. Vi har som regel tett og god kontakt med den sykmeldte uansett. Men godt å få inn andre parter utenfra som også kan se på saken. (Ansattrepresentant ved barnehage).

De dialogmøtene jeg har deltatt i har vært vanskelige og relativt fastlåste saker der det ikke er lett for den sykmeldte å gi noe tilbakemelding til arbeidsgiver om hvor langt de har kommet i sin situasjon. Nyttene er at leder og sykmeldt møtes og at den sykmeldte tas på alvor, men det er individuelt i forhold til historikk mellom arbeidsgiver og ansatt. (Hovedtillitsvalgt, helse).

Dialogmøtene er nyttige dersom NAV også bidrar. Som regel hjelper et dialogmøte alle parter i gang med å finne alternativ løsning, men noen ganger har jeg opplevd at NAV mest av alt ønsker at møtet skal bli fort ferdig. (Tillitsvalgt, transportvirksomhet).

Har kun deltatt i dialogmøte en gang. Opplevde det som svært nyttig. (Hovedtillitsvalgt, sektoradministrasjon kommune).

Har som HVO bare deltatt i et par møter. Disse var konstruktive, gode møter. (Hovedverneombud, statlig virksomhet).

Ikke særlig oppmuntrende for den sykmeldte. (Hovedtillitsvalgt, ungdomsskole).

Mener det er meget nyttig. Dialogmøtene fører til at partene møtes til en felles forståelse om situasjonen. I tillegg tror jeg at den sykmeldte føler seg "sett". Mange er i en sårbar situasjon og trenger hjelp og støtte. Kontakten mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kan få en til å føle seg ønsket tilbake av arbeidsgiver. (Hovedtillitsvalgt, vaktmestertjenester og renhold).

De er nyttige i forbindelse med at de gir en ansvarsfordeling mellom arbeidsgiver og arbeidstaker for det videre løpet fram mot arbeid eller ikke arbeid. (Tillitsvalgt, transportvirksomhet).

De er nyttige for den sykmeldte, men føler ledelsen ikke vet hvordan de skal håndtere IA-arbeidet. (Tillitsvalgt, sykehusrelatert virksomhet).

Egentlig lite nytt (Tillitsvalgt, forsvarsenhet).

Noe varierende, kommer oftest sent inn i sakene som tv/vo ofte når det er blitt konfliktpreget dialog. (Hovedverneombud, hjemmebasert omsorg).

Virker positivt. Den sykmeldte føler seg hørt, og det blir lagt til rette med mulige hjelpemidler om det er nødvendig. Kommer seg snarere ut i jobb, etter at dialogmøtene begynte. (Hovedverneombud, renholds virksomhet).

Det er flere åpne spørsmål rundt oppfølgingsregimet, og generelt er de fleste respondentene positive og mener tett oppfølging er og tidlig kontakt er bra for den sykmeldte. At ledelsen tvinges til å komme på banen oppleves som viktig. Å komme tidlig i aktivitet og opprettholde kontakten med arbeidsplassen nevnes også som viktige positive sider med dagens system. Vi har også spurt om hva de opplever som negativt, og når vi går gjennom disse svarene kan svarene grovt deles i følgende områder:

- At ansatte blir "presset" tilbake før de er klare til det
- Stress for en syk person som får ytterligere belastning
- For rigid, mange det blir feil for
- Arbeidsgiver følger ikke opp, mangel på kunnskap og vilje
- At det er mye jobb for ledelse – det brukes mye ressurser
- Har ikke erfaring med oppfølgingsplaner og dialogmøter – kan derfor ikke svare
- Ser ingenting negativt med dagens system

Det er som vi så tidligere i kapitlet ikke noe tydelig forskjell i svarene ut i fra hvilken næring den som har svart er sysselsatt i eller hvor stor virksomheten er.

3.3.4 Sykefraværsrutiner og HMS

Selv om det er mange av de tillitsvalgte og verneombudene som ikke er involvert i oppfølgingsarbeidet på individnivå, deltar de på et mer overordnet nivå på ulike arenaer. Et viktig

mål med IA-arbeidet har vært å få det integrert i det ordinære forebyggende HMS arbeidet i virksomhetene. Dette betyr at også sykefraværsrutinene skal integreres i det forebyggende HMS-arbeidet.

Vi har forsøkt å kartlegge hvordan ansattrepresentantene vurderer dette, og har bedt de besvare følgende påstand: Sykefraværsrutinene inngår i det systematiske forebyggende HMS- arbeidet i vår virksomhet.

Tabell 3.7 Respons på påstand: Sykefraværsrutinene inngår i det systematiske forebyggende HMS- arbeidet i vår virksomhet. Tillitsvalgt, verneombud mfl, 2012.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 104 | 7 |
| Delvis uenig | 111 | 7 |
| Verken/ eller | 130 | 8 |
| Delvis enig | 400 | 26 |
| Helt enig | 448 | 29 |
| Vet ikke | 339 | 22 |
| Totalt | 1 532 | 100 |

Over hver femte av de tillitsvalgte svarer at de ikke vet om sykefraværsrutinene inngår i det systematiske forebyggende HMS- arbeidet i vår virksomhet. Det kan være mange grunner til dette resultatet, og vi kommer tilbake til ansattrepresentantenes involvering i IA-arbeidet i neste rapport som mer spesifikt tar opp IA-arbeidet og partssamarbeidet i virksomhetene. Vi trenger større analyser med mer informasjon for å finne ut hva disse svarene faktisk betyr og dette omfatter flere av problemstillingene vi ser på i evalueringen av IA-avtalen.

Vi finner heller ikke her noen systematiske forskjeller i svarene mellom virksomheter av ulik størrelse eller næring, men det ser ut som verneombud i større grad mener at sykefraværsrutinene inngår i det forebyggende HMS-arbeidet enn de andre.

3.4 Oppsummering

Den kanskje viktigste innsikten vi sitter igjen med etter å ha gjennomført intervjuer med de langtidssykmeldte, er hvor unike de ulike sykmeldingstilfellene er. Vi tenker ikke da nødvendigvis på det at noen er fornøyd med leder og andre er misfornøyd, men mer på selve forløpet, rekkefølgen og kombinasjonen av ulike hendelser; *når* ting skjer og *hvem* som faktisk har vært involvert på ulike tidspunkt. Her finner vi store variasjoner. Vi innså derfor raskt at vår søken etter fellestrekk på tvers av de ulike sykefraværsforløpene ble krevende. Samtidig er det en helt grunnleggende målsetning med denne typen kvalitative data at de skal gi et innblikk i den bredde og dybde og de nyanser som finnes på et område. Vi håper vi har lyktes med å få frem den variasjonen og kompleksiteten som preger en del langtidssykmeldinger, der en rekke ulike aktører og hendelser er med og påvirker sluttutfallet.

Fra intervjuene ser vi at det å gjennomføre oppfølgingspunktene i seg selv i mange situasjoner ikke er tilstrekkelig for at sykmeldte skal komme tilbake i jobb. Mens det å følge reglene vil være til hjelp i noen tilfeller (gjennom å klargjøre forventninger, planlegge et videre løp og skape forutsigbarhet både hos arbeidsgiver og hos den sykmeldte), så viser intervjuene for eksempel at enkelte har

opplevd dialogmøtene som en tilleggsbelastning. Budskapet må derfor være at det er viktig å ha fleksibilitet i praktiseringen av regelverket. I forlengelsen av dette er det også grunn til å fremheve at gjennomføring av flest mulig dialogmøter ikke må bli en for dominerende målsetning på nasjonalt nivå; langt viktigere er det å finne ut hva den formidable ressursinnsatsen som dagens system medfører – gjennom utarbeidelse av oppfølgingsplaner og bred deltakelse i dialogmøter – faktisk skaper av resultater.

Det er blant våre informanter enkelte som ikke har vært flinke nok til å ta tak i og "varsle fra" (til lege og arbeidsgiver) om begynnende helseplager på et tidlig tidspunkt, noe som har ført til at tilbakeføring til opprinnelig jobb ble vanskelig, for ikke å si umulig. I verste fall kan for sen intervensjon (medisinsk og/eller arbeidsmessig) føre til at man havner utenfor arbeidslivet permanent. Arbeidstakere har et ansvar for å si fra så tidlig som mulig og arbeidsgiver har et ansvar for å legge til rette og følge opp. Selv om en del sykdommer kommer så brått på at det vil være umulig å "planlegge" noe som helst, så vil det i mange andre tilfeller være mulig å forutse en sykmelding. Intervjuene har vist at i de tilfellene der det har vært snakk om en planlagt operasjon (eks: kreft), så har oppfølgingen fulgt en ganske annen mal enn tilfeller der behovet for sykmelding har kommet mer brått på. Når årsaken til sykmeldingen er kjent og det allerede på et tidlig stadium er lagt et løp for (eventuell) medisinsk behandling, så ser det også ut til at de standardiserte oppfølgingspunktene innenfor dagens oppfølgingsmodell langt på vei blir overflødige.

Tillitsvalgte og verneombud er i liten grad involvert i arbeidet med sykefraværsoppfølging rundt enkeltpersoner. De er ikke opplagte aktører i oppfølging av enkeltansatte, men de forteller at de kan bli koblet inn i vanskelige enkeltsaker der sykefraværssituasjonen har utartet seg til en konflikt. Respondentene (80 prosent er tillitsvalgte og resten er for det meste verneombud) ser ut til å være mer involvert i generelle diskusjoner om sykefravær og oppfølgingsarbeid, men i utvalget er det i mye større grad hovedtillitsvalgte og hovedverneombud som er involvert i dette enn de plasstillitsvalgte eller de lokale verneombudene. De fleste har likevel en formening om oppfølgingsplaner og dialogmøter. Over 80 prosent av respondentene mener at oppfølgingsplanen som verktøy er viktig for at sykmeldte skal kunne vende raskt tilbake til jobb. De er mer skeptisk til dialogmøtene og trekker her særlig frem at det kan oppleves som stress og press på syke personer og at det tar mye ressurser fra ledelsen. Generelt formidler nær alle respondentene at det er viktig og bra at folk som blir syke følges opp av arbeidsgiveren.

Selve sykmeldingsforløpet påvirkes altså av en rekke ulike faktorer, som for eksempel arbeidsgivers innsats i oppfølgingsarbeidet, jobbtrivsel, arbeidsmiljø, behandlingsforløp (og hvor vellykket behandlingen er), og ikke minst den ansattes egen motivasjon. Samspillet mellom disse faktorene vil sannsynligvis ha stor betydning for varigheten og utfallet av et sykefraværsforløp generelt. Vi har også intervjuet sykmeldte i andre prosjekt, delvis om samme tema, og dette er helt klart et bilde som vi nå kan si begynner å bli veldig tydelig. Det er behov for en mer kvantitativ kartlegging av sykmeldtes opplevelser, og dette er vi i gang med gjennom et spennende prosjekt i Trondheim kommune, og resultatene fra dette vil bli publisert i en egen forskningsrapport.

Konklusjonen fra dette kapitlet er at systematisk og tidlig oppfølging er viktig for de ansatte. Oppfølgingsplaner og dialogmøter på arbeidsplassen er positivt, men de er mer negativ til byråkratiet rundt og ressursene arbeidsgiveren må bruke på dette.

4 Arbeidsgivernes erfaringer

I forrige kapittel så vi at både langtidssykmeldte, tillitsvalgte og verneombud generelt erfarer at tidlig oppfølging av sykmeldte er viktig. I dagens rigide system er det ikke overraskende at mange langtidssykmeldte opplever at rutinene ikke passer helt for deres eget sykefraværstilfelle og de etterlyser et mer fleksibelt system. Samtidig kommer det frem at forholdet eller relasjonen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker har stor betydning for utfallet av sykmeldingen. I dette kapitlet skal vi se på hvordan dette står i forhold til arbeidsgivers erfaringer med dagens oppfølgingsregime. Vi starter først med å se på forskning rundt arbeidsgivere og arbeidsplassens rolle når ansatte blir sykmeldt.

4.1 Tidligere forskning

Generelt er det gjort lite forskning på arbeidsgivers rolle når folk blir sykmeldt og særlig er det gjort lite i Norge. Vi har derfor gått gjennom den internasjonale litteraturen for å finne relevant forskning. Som i forrige kapittel, havner vi raskt inn i Return to Work (RTW) litteraturen. Den handler om hvordan folk som blir syk og sykmeldt skal komme tilbake i arbeid. Fordi dette er mer enn begrepet "friskmeldt" som ligger i det å komme tilbake til arbeid, velger vi å omtale prosessen som RTW.

Prosesen med å komme tilbake i jobb etter sykmelding kan oppleves som vanskelig på flere måter, og spesielt med redusert arbeidsevne. Flere studier påpeker betydningen av sosiale forhold, som støtte fra arbeidsgiver og kolleger for at man skal lykkes med å komme tilbake til arbeidsplassen (Haugli, Maeland, og Magnussen 2011; Amir, Neary, og Luker 2008; Lysaght et al. 2012; Marhold, Linton, og Melin 2002; Wynne-Jones et al. 2011; Muijzer et al. 2011). Redusert arbeidsevne, problemer med å møte forventninger på jobben og et mer anspent forhold til kollegene kan bidra til å gjøre det vanskelig å være på jobb (Lysaght et al. 2012). I det følgende skal vi se på hva forhold på arbeidsplassen betyr i forhold til RTW og inkludering på arbeidsplassen, betydningen av arbeidsgiver og kolleger - og hvordan disse opplever prosessen. Interessant nok er det gjort få studier på arbeidsgivere og kollegers syn på sykefravær og RTW.

4.1.1 Arbeidsgivers rolle og syn på sykmelding

Arbeidsgiver kan ha økonomiske incentiver til å la langtidssykmeldte fortsette å være sykmeldt. Ettersom det er NAV (eller mer korrekt folketrygden) som bærer kostnadene ved fravær utover 16 dager er det mer lønnsomt for arbeidsgiver med én sammenhengende lang sykmeldingsperiode framfor flere sykmeldinger avbrutt av korte perioder med arbeid (Fevang, Markussen, og Røed 2011). I perioder med økonomisk nedgangstid, eller lavere arbeidspress i virksomheten, kan det også være lønnsomt å la NAV bære kostnaden ved "midlertidig overflødig arbeidskraft" (Markussen, Mykletun, og Røed 2012). Moral hazard er dermed et potensielt problem både for ansatte og arbeidsgivere.

En norsk studie ser på ulike lederstiler og egenskaper hos ledere slik de oppfattes av ledere og langtidssykmeldte (Aas et al., 2008). Studien er basert på intervjuer med ledere og ansatte i 19 forskjellige virksomheter. Forskerne identifiserer ulike lederstiler og ser på hvordan disse oppfattes av langtidssykmeldte ansatte. De mest nevnte lederkvalitetene er kontaktevne, evne til å vise omtanke, vise forståelse, sette pris på den ansatte, og vurderingsevne. Ulike lederstiler er blant annet lederen som beskytter (forståelsesfull, empatisk, beskyttende, hjelpsom), tillitvekker (imøtekommende, forutsigbar, diskret), lederen som ser (kjenner igjen, aksepterer, bekrefter og

respekterer), lederen som problemløser, kontaktskaper, den positive lederen og den offensive lederen. Studien viser at det er et ganske godt samsvar mellom ledere og ansattes vurdering av gode lederstiler, men det er stor variasjon i hva slags lederstil og lederegenskaper folk foretrekker. Her kan personlige preferanser, arbeidsoppgaver og kontekst (som type arbeidsplass) spille inn. For at ledelse skal være effektivt trenger lederen tilbakemelding på hva slags egenskaper som er mest ønskelig i hvert enkelt tilfelle. Denne studien peker på en kombinasjon av beskyttelse, problemløsning og kommunikator som noe langtidssykmeldte setter særlig stor pris på.

Wynne-Jones et al. (2011) ser på ansatte og lederes syn på sykmelding blant britiske arbeidstakere. Intervjuene viser at god kommunikasjon mellom ansatte og arbeidsgiver er sentralt. Det samme er tillit til at sjefen faktisk er villig til, eller i stand til, å gjøre tilpasninger i arbeidsbelastning. Oppfølging fra arbeidsgiver kan oppleves både som positivt og som utilbørlig press, både ved vanlige sykdommer som influensa og ved mer kroniske tilstander. Om kontakten ble oppfattet som positiv eller negativ avhang i stor grad av de sykmeldtes forhold til lederen.

Når det gjelder lederes syn på sykdom finner den samme studien at lederne selv rapporterer om en sterk arbeidsmoral, og mye tyder på at de forventer det samme av andre. En leder oppgir at han gjør de ansatte oppmerksom på at noen andre vil måtte gjøre jobben for dem når de er borte. Lederne var også skeptisk til ansatte som ringte og sa at de var syke, og mente at ikke alt fraværet var legitimt. De opplevde det som urettferdig når ansatte misbrukte tillit eller ikke oppførte seg "fair" når de selv prøvde å behandle arbeidstakerne rettferdig.

En systematisk litteraturgjennomgang av artikler fra 1950 til 2011 undersøker hvilke tiltak som er mest effektive for å håndtere langvarig sykefravær fra ledelsens side (Higgins, O'Halloran, og Porter 2012). De finner at de mest vellykkede måtene å hindre langvarig fravær er tidlige tiltak, god kommunikasjon og samarbeid mellom de involverte, og yrkesrehabilitering og tilrettelegging på arbeidsplassen. Jo lengre fravær, jo lavere sannsynlighet er det for at den sykmeldte kommer tilbake i arbeid. Tidlig og jevnlig kontakt framstår derfor som viktig, både for å finne barrierene for RTW og for å hindre at den sykmeldte mister kontakten med arbeidsplassen. Hva som utgjør "tidlig" tiltak varierer imidlertid fra studie til studie, og det er vanskelig å generalisere på tvers av undersøkelser. Yrkesrehabilitering og tilrettelegging kan være alt fra endring i arbeidstid og arbeidsoppgaver, omplassering i bedriften, fysioterapi og rådgivning, ergonomiske tilpasninger. Begrensende faktorer her er bedriftens størrelse og økonomi, og dermed evne til å gjøre tilpasninger.

Amir et al. (2010) ser på linjelederens syn på RTW blant tidligere kreftpasienter (n=370). De finner gjennomgående positive og støttende holdninger til RTW, men mange ledere er skeptisk til arbeidsevnen til de tidligere pasientene, og de er usikre på om de klarer arbeidsbelastningen. Kvinnelige ledere er noe mer positive enn menn i følge denne studien.

Holmgren og Ivanoff (2007) gjennomførte fokusgruppeintervjuer med svenske ledere for å se på hvordan de opplever sin rolle i prosessen med å få sykmeldte tilbake i jobb. De finner to sentrale tema blant lederne: lederen som nøkkelperson for en vellykket RTW, og lederen som brikke i samspillet med de andre aktørene, forhold på arbeidsplassen og samfunnet ellers. Der lederen ser på seg selv om nøkkelperson opplever de det som sitt ansvar å skape et godt arbeidsmiljø for å forebygge sykefravær. Å skape tillit gjennom å vise respekt og tillit, og holde jevnlig kontakt, blir opplevd som viktig, og lederen føler at hun eller han har stor innflytelse på de ansatte. Lederen bør være en støtte for den sykmeldte gjennom hele prosessen, men også stille krav. Anerkjennelse og

oppmuntring blir også oppfattet som sentralt. Blant ledere som ser på RTW som en større prosess der flere faktorer er avgjørende spiller også andre forhold inn, som den sykmeldtes egen motivasjon og innsats og støtten fra kolleger. For eksempel kan støtten fra andre ansatte bidra til at hele arbeidsgruppa kommer styrket ut av prosessen. Motsatt kan kolleger være en hindring i tilfeller der den sykmeldte er mislikt på arbeidsplassen. Andre forhold som spiller inn er rutiner og krav på arbeidsplassen, og økonomiske faktorer, særlig som en begrensning på hvilke tilpasninger som er mulig. Formelle krav og regler kan også gjøre det vanskeligere for arbeidsplassen å være fleksibel.

Munir et al. (2012) har laget et spørreskjema for å måle leders støtte i RTW. Basert på en kvalitativ forundersøkelse med ansatte, ledere og andre involverte i RTW utvikler de et spørreskjema som så testes og valideres med et utvalg av ledere (n=186) og ansatte (n=359). De finner flere overordnede dimensjoner i leders støtte til ansatte i RTW. Den første dimensjonen går på leders atferd i begynnelsen av sykefraværet, som imøtekommende med tilrettelegging og flink til å forklare og diskutere mulige tilpasninger. Den andre dimensjonen fanger opp negativ atferd som irritasjon og manglende tålmodighet, unødige spørsmål og overvåkning, og å få den ansatte til å føle seg til bry. En tredje dimensjon handler om generell støttende oppførsel, som tilgjengelighet, forståelse for den sykmeldtes tilstand, og det å få den sykmeldte til å føle at hun eller han var savnet i organisasjonen. Tilsammen har disse dimensjonene ved leders holdning til sykmeldte signifikant effekt på sykmeldtes RTW etter seks måneder.

4.1.2 Betydningen av kolleger og forhold på arbeidsplassen

Få studier undersøker hvordan andre ansatte ser på arbeidet med å inkludere syke kolleger på arbeidsplassen. Et unntak er Dunstan og MacEachen (2013), som undersøker kollegers opplevelse av sykmeldtes RTW i Canada. Studien er basert på fokusgruppeintervjuer med 13 medarbeidere med erfaring med å jobbe sammen med en tidligere sykmeldt i en RTW-prosess. Ingen av dem opplevde å få tildelt en spesiell rolle, men det ble forventet at de gjorde om på arbeidsdagen sin for å legge til rette for at en tidligere sykmeldt kunne komme tilbake i jobb. Hvordan prosessen ble opplevd avhang i stor grad av fire faktorer: forholdet til kollegaen, arbeidskultur, varighet og kvaliteten på RTW-ordningen. Tilfeller der de to ansatte kjente hverandre fra før og hadde et godt forhold fungerte bedre. RTW-prosesser der leder var lite involvert fungerte dårligere. Til sammen viser dette at ledelsens rolle i å planlegge, følge opp og koordinere er avgjørende for hvor støttende kolleger vil opptre. Hvis det forventes at en kollega tar en spesiell rolle i oppfølgingen av den tidligere sykmeldte, er det viktig at dette formaliseres.

Tjulin et al. (2010) undersøkte samspillet mellom ulike aktører på arbeidsplassen og hvordan de opplever RTW. Studien var basert på intervjuer med tidligere sykmeldte, kolleger, HMS-ansvarlige og ledelse. Sju ulike arbeidsplasser ble undersøkt. De skilte mellom tre ulike faser i RTW-prosessen: Mens den ansatte er sykmeldt, når den sykmeldte kommer tilbake i jobb, og fasen med å normalisere arbeidsdeltakelsen. Funnene viser at de ulike aktørene kan ha svært forskjellige oppfatninger om hvordan prosessen forløper. Mens den tidligere sykmeldte kan oppleve at alt går fint, kan kolleger være usikre på hvor lenge det hele vil vare, og om den tilbakevendte kollegaen vil bli sykmeldt på nytt snart. Tilsvarende mente den HR-ansvarlige ved en virksomhet at ingen spesielle tilpasninger var nødvendige og at den tidligere sykmeldte klarte seg fint, mens kollegene rundt oppfattet at det ikke var gjort noen reell vurdering av arbeidsevne. Før den sykmeldte kom tilbake i jobb var kolleger ofte usikre på hvor mye de skulle ta kontakt, og om kontakten var ønsket eller ble opplevd som press. Kolleger viste ansvar også senere i RTW-prosessen ved å ta på seg de tyngste oppgavene og be den

tidligere sykmeldte om å roe ned og ikke ta i for hardt. Denne tilpasningen skjedde gjerne uten å involvere leder. Samtidig kunne økt arbeidspress og bekymring føre til gnisninger og konflikter mellom de ansatte. I likhet med Dunstan og MacEachen (2013) fant Tjulin et al. (2010) at ledelsen ofte overlater tilretteleggingen til kolleger, men uten å delegere ansvaret formelt eller tildele en bestemt rolle til noen. En implikasjon av disse funnene er at tilrettelegging på arbeidsplassen bør innebære mer enn bare tekniske endringer i arbeidsoppgaver; det sosiale samspillet på arbeidsplassen må med i betraktning. Mens det er arbeidsgiver som har det formelle ansvaret, er det ofte kolleger som i praksis tilpasser seg når den sykmeldte kommer tilbake i jobb.

Lysaght et al. (2012) utviklet og evaluerte et spørreskjema for å måle sosial støtte for kolleger med nedsatt arbeidsevne. Skjemaet ble testet på 152 tidligere sykmeldte i Canada. Det skilte mellom støtte fra arbeidsgiver, støtte fra kolleger og støtte utenfor arbeidsplassen. De fant at respondentene opplevde å få mer støtte fra kolleger enn fra arbeidsgiver. Støtten fra alle parter så ut til å gå ned jo mer ufør den sykmeldte var. Det tyder på at det er en grense for hvor langt medarbeidere og ledere er villig til å gå for å tilrettelegge. Studien beskriver dette som "compassion fatigue" eller medfølelsetretthet. Også Tjulin et al. (2010) rapporterte om en grense for hvor lenge ansatte orket å tilpasse seg og tilrettelegge for kolleger med redusert arbeidsevne.

4.2 Metode, datainnsamling og utvalg

4.2.1 Kvalitativt datagrunnlag

Vi har gjennomført en rekke intervjuer i 2011, 2012 og frem til og med mars 2013, både om oppfølging av sykmeldte og om IA gjennom ulike prosjekt. Generelt finner vi ikke særlig variasjon i svarene fra 2011/2012 til 2013. Alle intervjuene vi gjør blir tatt opp på digitale opptakere, transkribert og fullkodet.

I tillegg har over 1 600 virksomheter sendt oss kommentarer gjennom åpne spørsmål i spørreundersøkelsen som ble gjennomført vinteren 2011/2012. Dette er koblet til informasjon om virksomheten og utgjør dermed en viktig del av det kvalitative datagrunnlaget.

4.2.2 Spørreundersøkelse til 4 000 tilfeldig valgte IA-virksomheter

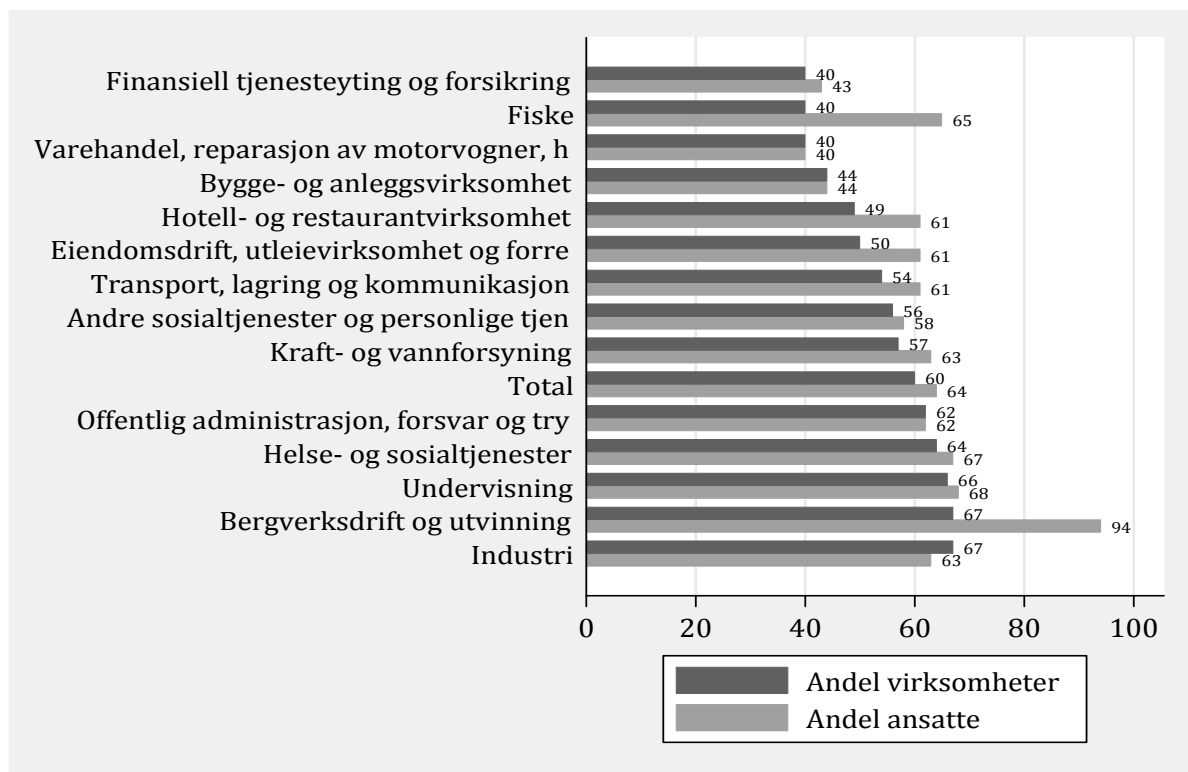
Dette er et utvalg av IA-virksomheter som fikk spørreskjema tilsendt første gang i 2008. Utvalget besto da av 5 000 virksomheter. Det samme utvalget virksomheter skulle få tilsendt skjema vinteren 2012, men før vi sendte ut skjemaene fant vi ut at over 1 000 av virksomhetene enten var lagt ned, fusjonert eller på annen måte ikke sammenliknbar i perioden 2008-2012.⁶ Det var derfor 3 937 IA-virksomheter som fikk invitasjon til å delta.

Som vi så i forrige kapittel har vi fått svar fra 1 844 tillitsvalgte og verneombud, noe som betyr at vi har svar fra tillitsvalgte og/eller verneombud fra 47 prosent av virksomhetene. Brevet til ledelsen ble adressert "Til Daglig leder/Virksomhetsleder" og vi har fått svar fra 2 363. Dette betyr at vi har fått svar fra 60 prosent av de daglige lederne. Totalt har vi svar fra 73 prosent (2 861 av 3 937) av virksomhetene fra en eller begge av respondentene fordi det i mange tilfeller bare foreligger svar fra den ene eller andre.

⁶ Sentio gjennomførte "vasking" av adresselister før vi skulle sende ut og dette ble resultatet. 2008 til 2012 har vært en periode næringslivet preget av stor usikkerhet og i tillegg skjer det mye omorganisering og omstrukturering i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenestene så det er sannsynligvis en rimelig utvikling.

Det er sannsynligvis ikke så stor forskjell på IA- og ikke IA-virksomheter på dette området, fordi alle virksomhetene står ovenfor de samme oppfølgingsreglene. Største skjevheten er kanskje at IA-virksomhetene er mer positive til alt som handler om sykefraværsarbeid og IA-arbeid enn virksomheter som ikke har valgt å inngå IA-avtale.

Vi ser nærmere på utvalget av virksomheter der lederne har svart på spørreundersøkelsen gjennomført vinteren 2012. I neste figur vises svarprosenten fra lederne i undersøkelsen (tilsvarende er vist for tillitsvalgte i forrige kapittel).



Figur 4.1 Svarprosent fra ledere i IA-virksomhet survey, 2012.

Den høyeste svarprosenten fra lederne finner vi innen industri, bergverksdrift og utvinning, undervisning, helse- og sosialtjenester og i offentlig administrasjon, forsvar og trygd. Her har vi svar fra godt over 60 prosent av lederne. De som i minst grad har respondert på undersøkelsen er ledere innen finansiell tjenesteyting, fiske og varehandel, der rundt 40 prosent av de som ble invitert har svart. Dette kan ha sammenheng med engasjement rundt IA-avtalen. Det er kanskje i de næringene med høy svarprosent vi finner det største engasjementet rundt IA-avtalen.

Vi ser videre på rollen til de som har svart på vegne av ledelsen i disse virksomhetene.

Tabell 4.1 Respondentens stilling i virksomheten, ledelse. IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|-------------------------------|--------|---------|
| Daglig leder/virksomhetsleder | 1 304 | 56 |
| Personalsjef | 125 | 5 |
| HR-ansvarlig | 81 | 3 |
| Leder av HMS-tjenesten | 41 | 2 |
| Kontorsjef | 37 | 2 |
| Enhetsleder | 414 | 18 |
| Direktør | 17 | 1 |
| Annet | 318 | 14 |
| Total | 2 337 | 100 |

Under "annet" finner vi administrasjonsdirektør, assisterende leder, HMS-ansvarlig, styrer, inspektør, stabssjef og seksjonssjef. Det ser i alle fall ut som det er ledere og ansvarshavende på riktige områder som har svart på denne relativt omfattende undersøkelsen.

4.2.3 Spørreundersøkelse til 10 000 tilfeldig valgte virksomheter

I mars 2013 gjennomførte vi en ny spørreundersøkelse, da til 10 000 helt tilfeldig valgte virksomheter med over en ansatt. I IA-undersøkelsen hadde vi som et utvalgsriterium at de måtte ha ni eller flere ansatte og de var trukket stratifisert for å være representativ for IA-virksomhetene (basert på IA-registeret). Nå hadde alle virksomheter like stor sannsynlighet for å bli trukket ut. Det var SSB som sto for trekkingen av utvalget. Norges arbeidsliv består stort sett av små virksomheter, og denne undersøkelsen bidrar til å synliggjøre dette.

Tabell 4.2 Tilfeldig utvalg av bedrifts- og foretaksregisteret på 10 000 virksomheter, 2013.

| Antall ansatte | Antall | Prosent | Kumulativ prosent |
|-----------------|--------|---------|-------------------|
| En ansatt | 2 500 | 25 | 25 |
| To ansatte | 1 489 | 15 | 40 |
| Tre ansatte | 962 | 10 | 50 |
| Fire ansatte | 716 | 7 | 57 |
| Fem ansatte | 599 | 6 | 63 |
| Seks ansatte | 469 | 5 | 67 |
| Syv ansatte | 358 | 4 | 71 |
| Åtte ansatte | 294 | 3 | 74 |
| Ni ansatte | 242 | 2 | 76 |
| Over ti ansatte | 2 371 | 24 | 100 |
| Totalt | 10 000 | | |

Siden dette er et tilfeldig trukket utvalg fra SSB, antar vi at det er representativt for hele bedrifts- og foretaksregisteret. Hver fjerde virksomhet har kun en ansatt, mens 15 prosent har 15 ansatte osv. Fra kolonnen lengst til høyre ser vi at tre av fire virksomheter har under ti ansatte.

Totalt er det 992 virksomheter som har svart på undersøkelsen. Dette betyr at det er under ti prosent svar. Dette hadde vi også regnet med siden det var så mange små virksomheter i utvalget. Det var likevel viktig at de ble spurt og fikk mulighet til å komme med innspill, både til erfaringene med reglene med oppfølging av sykmeldte, og til IA-evalueringen som vi holder på med parallelt.

Som forventet er svarprosenten lav blant de små virksomhetene, men den stiger med virksomhetsstørrelse, se neste tabell:

Tabell 4.3 Tilfeldig utvalg av bedrifts- og foretaksregisteret på 10 000 virksomheter, 2013

| | Ikke svart | Svart | Totalt | Svarprosent |
|--------------------|------------|-------|--------|-------------|
| Kun en ansatt | 2 372 | 128 | 2 500 | 5 |
| 2-4 ansatte | 2 955 | 212 | 3 167 | 7 |
| 5-9 ansatte | 1 785 | 177 | 1 962 | 9 |
| 10-19 ansatte | 1 024 | 191 | 1 215 | 16 |
| 20-49 ansatte | 593 | 145 | 738 | 20 |
| 50-99 ansatte | 131 | 52 | 183 | 28 |
| 100-299 ansatte | 89 | 47 | 136 | 35 |
| 300-999 ansatte | 47 | 30 | 77 | 39 |
| Over 1 000 ansatte | 12 | 10 | 22 | 45 |
| Total | 9 008 | 992 | 10 000 | 10 |

Blant de 22 virksomhetene med over 1 000 ansatte er det 45 prosent som har svart.

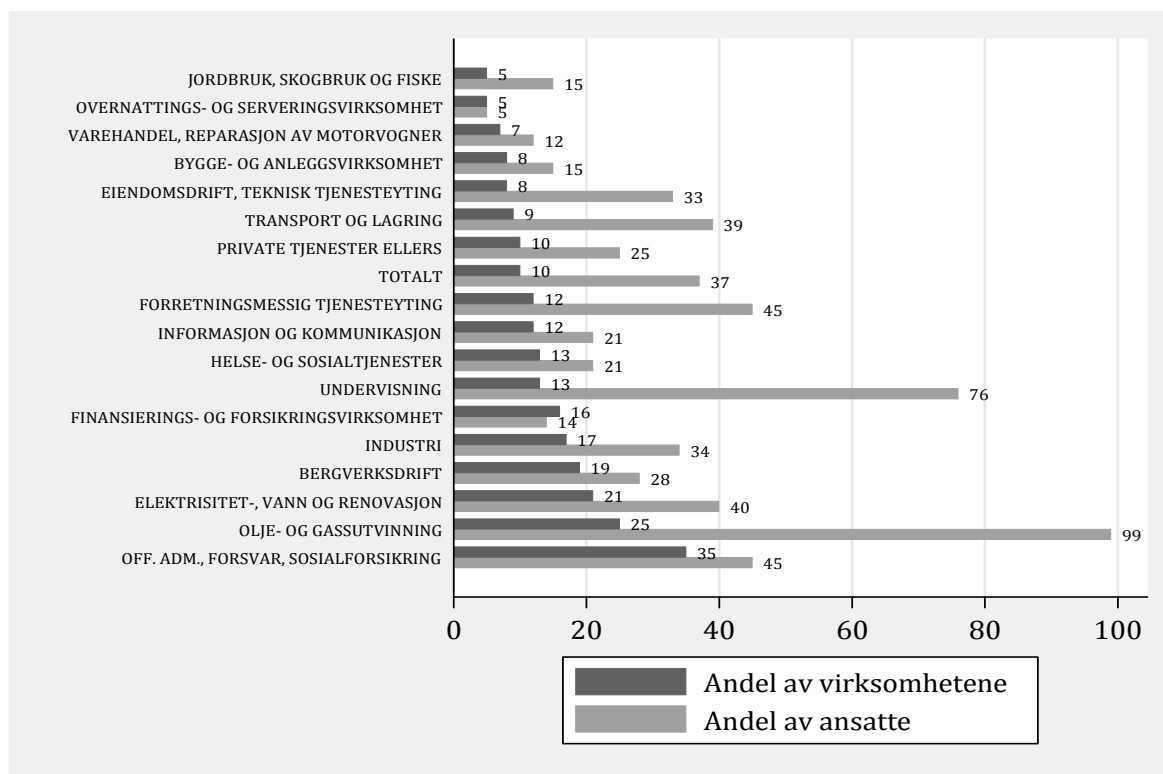
Vi ser i neste figur på svarfordelingen ut i fra hovednæringer.⁷

Tabell 4.4 Antall virksomheter i populasjon og utvalg og etter svarprosent, etter hovednæring. Survey 2013

| | Antall virksomheter | | | | Dekker antall ansatte | | | |
|---|---------------------|-------|--------|---------------|-----------------------|--------|---------|---------------|
| | Ikke svart | Svart | Totalt | Prosent svart | Ikke svart | Svart | Totalt | Prosent svart |
| JORDBRUK, SKOGBRUK OG FISKE | 126 | 7 | 133 | 5 | 720 | 130 | 850 | 15 |
| BERGVERKSDRIFT | 25 | 6 | 31 | 19 | 2 485 | 976 | 3 461 | 28 |
| OLJE- OG GASSUTVINNING | 3 | 1 | 4 | 25 | 38 | 20 120 | 20 158 | 100 |
| INDUSTRI | 545 | 112 | 657 | 17 | 13 013 | 6 572 | 19 585 | 34 |
| ELEKTRISITET-, VANN OG RENOVASJON | 53 | 14 | 67 | 21 | 968 | 656 | 1 624 | 40 |
| BYGGE- OG ANLEGGSVIRKSOMHET | 1 354 | 119 | 1 473 | 8 | 12 888 | 2 276 | 15 164 | 15 |
| VAREHANDEL, REPARASJON AV MOTORVOGNER | 1 987 | 142 | 2 129 | 7 | 24 954 | 3 478 | 28 432 | 12 |
| TRANSPORT OG LAGRING | 372 | 37 | 409 | 9 | 4 172 | 2 686 | 6 858 | 39 |
| OVERNATTINGS- OG SERVERINGSVIRKSOMHET | 410 | 23 | 433 | 5 | 5 986 | 342 | 6 328 | 5 |
| INFORMASJON OG KOMMUNIKASJON | 410 | 58 | 468 | 12 | 4 989 | 1 298 | 6 287 | 21 |
| FINANSIERINGS- OG FORSIKRINGSVIRKSOMHET | 92 | 17 | 109 | 16 | 3 592 | 598 | 4 190 | 14 |
| EIENDOMSDRIFT, TEKNISK TJENESTEYTING | 1 769 | 163 | 1 932 | 8 | 13 909 | 6 800 | 20 709 | 33 |
| FORRETNINGSMESSIG TJENESTEYTING | 439 | 58 | 497 | 12 | 4 730 | 3 811 | 8 541 | 45 |
| OFF. ADM., FORSVAR, SOSIALFORSIKRING | 122 | 66 | 188 | 35 | 21 758 | 17 722 | 39 480 | 45 |
| UNDERVISNING | 122 | 18 | 140 | 13 | 1 348 | 4 341 | 5 689 | 76 |
| HELSE- OG SOSIALTJENESTER | 499 | 74 | 573 | 13 | 10 815 | 2 921 | 13 736 | 21 |
| PRIVATE TJENESTER ELLERS | 657 | 75 | 732 | 10 | 4 097 | 1 394 | 5 491 | 25 |
| MANGLER INFORMASJON | 23 | 2 | 25 | 8 | | | 0 | 25 |
| TOTALT | 9 008 | 992 | 10 000 | 10 | 130 462 | 76 121 | 206 583 | 37 |

⁷ Her er det brukt næringskodestandard 07 og dette avviker derfor fra undersøkelsen blant IA-virksomheter fordi utvalget første gang ble trukket i 2008 og det er brukt næringsstandard 02.

For å få et tydeligere bilde av tallene i tabellen over, ser vi i neste figur på svarprosenten ut i fra hovednæringer.⁸



Figur 4.2 Svarprosent fra ledere i virksomheter survey, 2013.

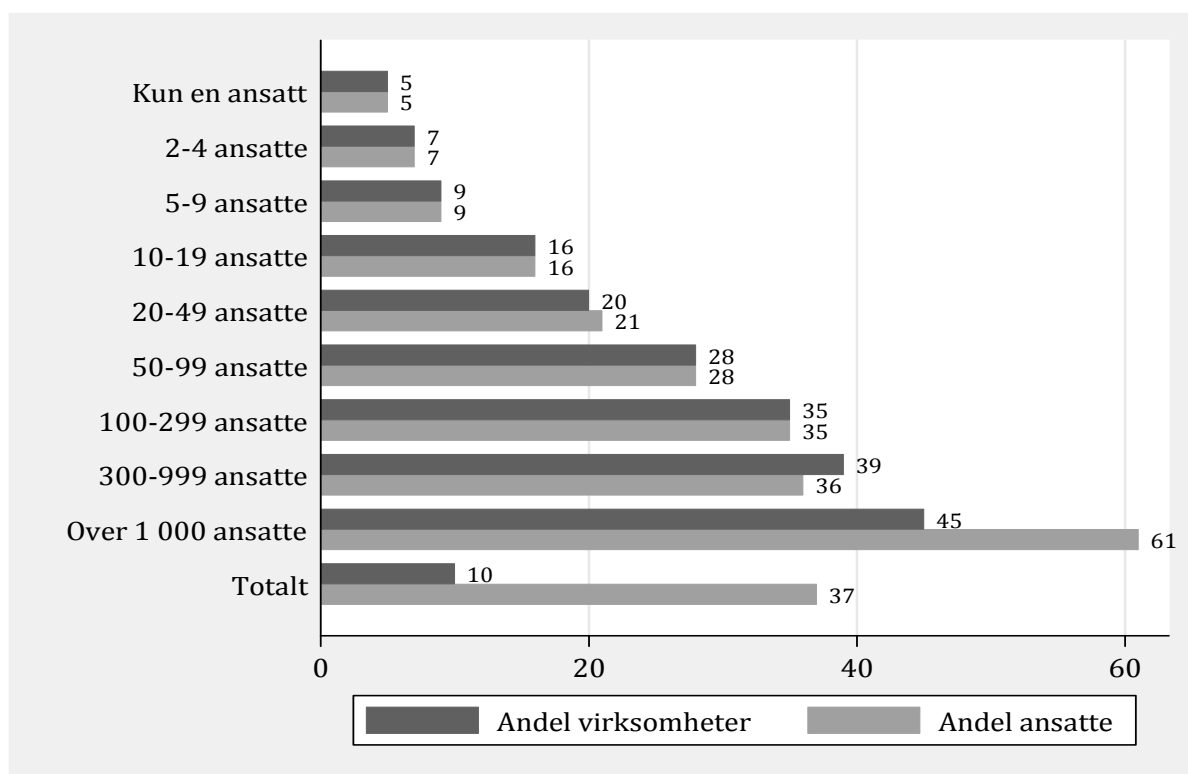
Fra denne figuren ser vi at det er offentlig administrasjon med mer som i størst grad har respondert på undersøkelsen. Der har vi svar fra 35 prosent av virksomhetene. Som vist i tabellen utgjør dette svar fra 66 virksomheter, og de dekker til sammen 45 prosent av alle ansatte i virksomhetene som mottok undersøkelsen i denne næringen. Virksomheter innen hotell- og restaurant er dårlig representert i undersøkelsen med en svarprosent på fem. Fra varehandelen har syv prosent av virksomhetene respondert. Dette har sammenheng med størrelsen på virksomhetene i de ulike næringene og vi ser derfor også på svarprosent etter størrelse på virksomheten. Det kommer frem i figuren over at store virksomheter i større grad har svart i alle næringer, med unntak av hotell- og restaurant, og i finansieringsvirksomhet.

⁸ Her er det brukt næringskodestandard 07 og dette avviker derfor fra undersøkelsen blant IA-virksomheter fordi utvalget første gang ble trukket i 2008 og det er brukt næringsstandard 02.

Tabell 4.5 Antall virksomheter i populasjon og utvalg og etter svarprosent, etter størrelse. Survey 2013

| | Antall virksomheter | | | | Dekker antall ansatte | | | |
|--------------------|---------------------|-------|--------|---------------|-----------------------|--------|---------|---------------|
| | Ikke svart | Svart | Totalt | Prosent svart | Ikke svart | Svart | Totalt | Prosent svart |
| Kun en ansatt | 2 372 | 128 | 2 500 | 5 | 2 372 | 128 | 2 500 | 5 |
| 2-4 ansatte | 2 955 | 212 | 3 167 | 7 | 8 120 | 608 | 8 728 | 7 |
| 5-9 ansatte | 1 785 | 177 | 1 962 | 9 | 11 675 | 1 170 | 12 845 | 9 |
| 10-19 ansatte | 1 024 | 191 | 1 215 | 16 | 13 762 | 2 648 | 16 410 | 16 |
| 20-49 ansatte | 593 | 145 | 738 | 20 | 17 329 | 4 490 | 21 819 | 21 |
| 50-99 ansatte | 131 | 52 | 183 | 28 | 9 057 | 3 458 | 12 515 | 28 |
| 100-299 ansatte | 89 | 47 | 136 | 35 | 14 576 | 7 881 | 22 457 | 35 |
| 300-999 ansatte | 47 | 30 | 77 | 39 | 27 513 | 15 423 | 42 936 | 36 |
| Over 1 000 ansatte | 12 | 10 | 22 | 45 | 26 109 | 40 320 | 66 429 | 61 |
| Totalt | 9 008 | 992 | 10 000 | 10 | 130 513 | 76 126 | 206 639 | 37 |

Svarprosenten for virksomheter av ulik størrelse er vist i neste figur.



Figur 4.3 Antall virksomheter i populasjon og utvalg og etter svarprosent, etter størrelse. Survey 2013

Svarprosenten øker altså betydelig med størrelsen på virksomheten.

Når vi nå går over til å se på hvordan erfaringene arbeidsgiverne har med reglene rundt oppfølging av sykmeldte, bruker vi informasjon både fra intervjuene og fra spørreskjemaundersøkelsen blant IA-virksomhetene og den enkle undersøkelsen gjennomført i et representativt utvalg av norske virksomheter (med eller uten IA-avtale). Vi ser på erfaringene med oppfølgingsplaner, dialogmøter og rapportering.

4.3 Erfaringer med oppfølgingen av sykmeldte

Punktene for hva arbeidsgiver skal gjøre er:

- Utarbeide oppfølgingsplan innen fire uker
- Sende oppfølgingsplan til sykmelder
- Innkalle til dialogmøte innen sju uker (Dialogmøte 1)
- Rapportering til NAV innen ni uker
- Deltakelse på dialogmøte arrangert av NAV etter senest 26 uker (Dialogmøte 2)
- Tilrettelegging/tiltak

I dette kapitlet går vi gjennom alle disse punktene. Før vi går inn på oppfølgingsplanen, ser vi først kort på om virksomhetene har et system for automatisk varsel om oppfølgingspunkt.

4.3.1.1 System for automatisk varsel om oppfølgingspunkt

Mange arbeidsgivere har utviklet selv, eller gått til innkjøp av system eller utvidelse av et eksisterende program, der punktene i oppfølgingsreglene ligger inne slik at systemet melder automatisk når det er tid for oppfølgingssamtale, utvikling av oppfølgingsplan, innkalling til dialogmøte osv.

Det er en prosedyre, vi har en arbeidsflyt hvor vi har vedlagt alt av skjemaer sånn at de bare kan gå og trykke på knappen og få ut de rette skjemaene. (Intern BHT i stor industrivirksomhet)

Vi har bare ca. 30 ansatte totalt, så vi har ikke prioritert et system for dette, gjør det manuelt, men vurderer å legge inn funksjonalitet i vårt eksisterende styringssystem. (Leder helsetjeneste)

Med dagens regelverk har dette kanskje blitt nødvendig for å klare å følge reglene.

Vi har forsøkt å kartlegge omfanget i 2013 surveyen, og svarfordelingen er vist i neste tabell.

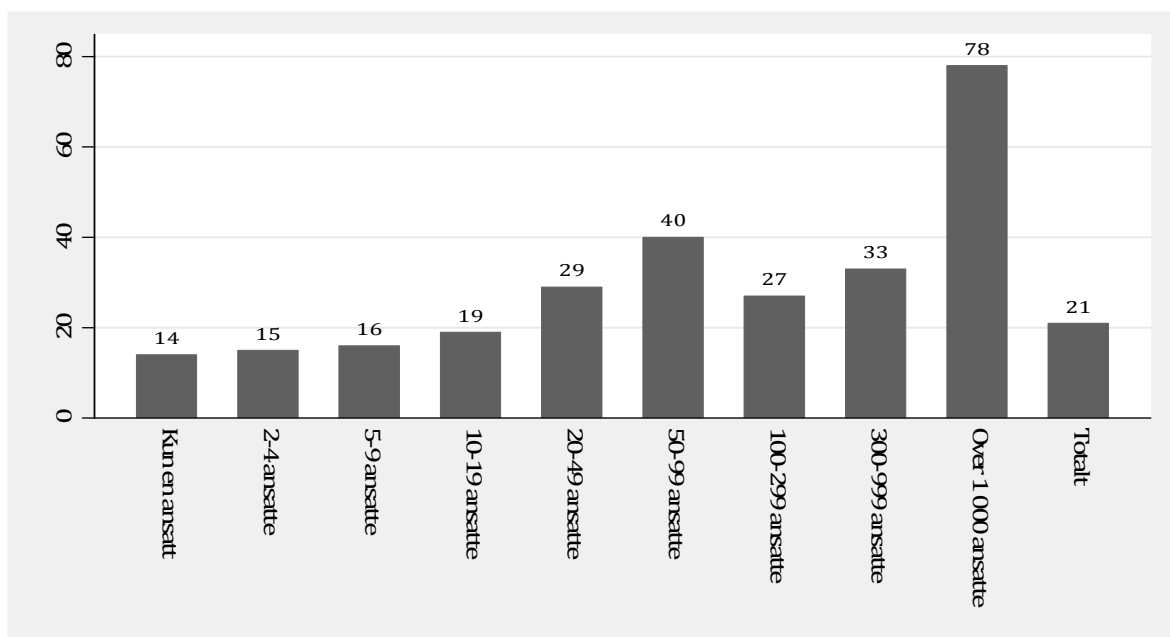
Tabell 4.6 Har dere utarbeidet et system rundt oppfølging av sykmeldte slik at det kommer automatiske varsler til de som skal følge opp på ulike punkt? Survey 2013

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 186 | 21 |
| Nei | 648 | 73 |
| Vet ikke | 50 | 6 |
| Total | 884 | 100 |

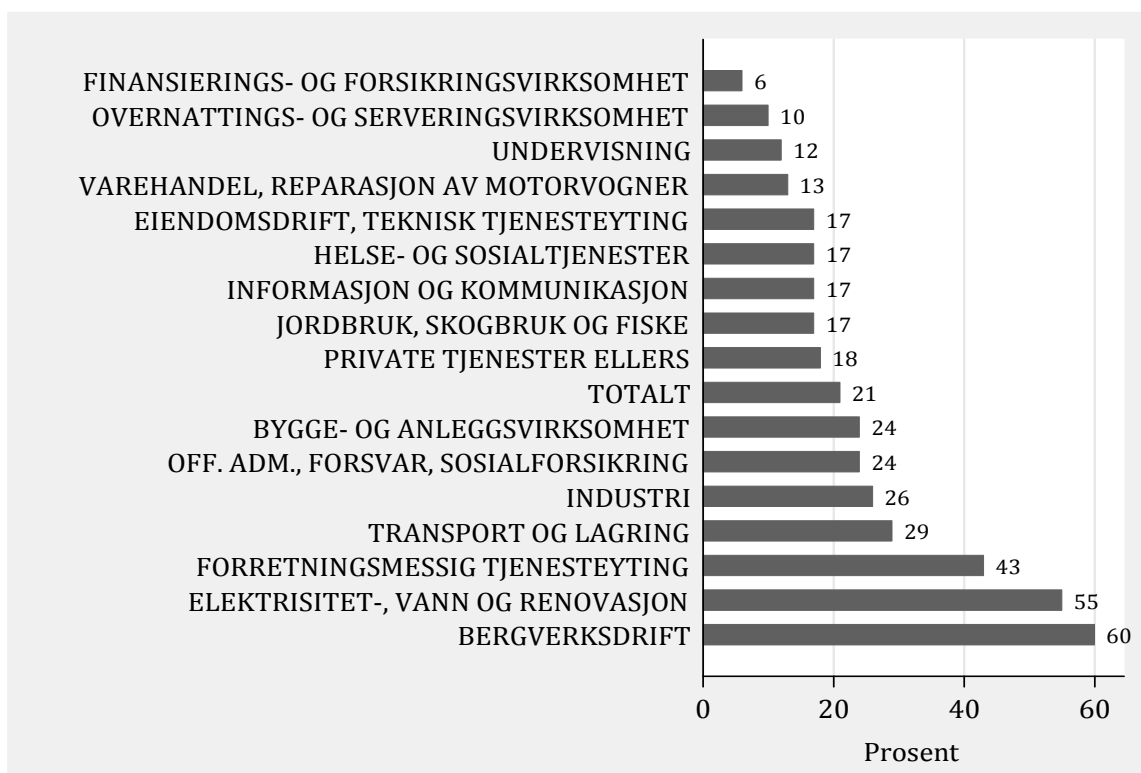
Det er 884 virksomheter som har svart på dette spørsmålet i undersøkelsen mars 2013. Omtrent hver femte virksomhet oppgir at de har utarbeidet et slikt system. I kommentarfeltet er det mange som sier at de holder på å utvikle et slikt system, eller at de skal gå til innkjøp snart.

Her er det systematiske sammenhenger mellom virksomhetsstørrelse og om de har et slikt system, jo større virksomhet, jo mer sannsynlig at de har et slikt system. Sammenhengene er ikke helt lineær, se

neste figur. I figur 4.5 har vi gruppert virksomhetene etter næring og også her er det betydelige forskjeller.



Figur 4.4 Andel virksomheter som oppgir at de har utarbeidet et system rundt oppfølging av sykmeldte slik at det kommer automatiske varsler til de som skal følge opp på ulike punkt, størrelse på virksomheten, N=881, Survey 2013.



Figur 4.5 Andel virksomheter som oppgir at de har utarbeidet et system rundt oppfølging av sykmeldte slik at det kommer automatiske varsler til de som skal følge opp på ulike punkt, næring. N=881. Survey 2013

Det er ikke slik at størrelse på virksomheten og næring forklarer svært mye av variasjonen mellom virksomhetene i sannsynligheten for å ha innført et slikt system, oppnår åtte prosent forklaringskraft om vi setter inn dummier for størrelse og næring i en enkel logit-modell.

Vi har også et åpent kommentarfelt til dette spørsmålet og her har lederne svart med en kommentar. Det kommer tydelig frem at dette ikke er noe som de små virksomhetene har bruk for i særlig grad. De har svært få sykmeldte og en svarer for eksempel at det er ti år siden de har hatt sykefravær. Små virksomheter med sjeldne fravær er vel kanskje de som får mest problemer med å sette seg inn i oppfølgingsregimet rundt sykmeldte når det blir behov. Lederne i de små virksomhetene svarer også at de har "hands on" hele tiden så de følger med uten å ha system som varsler. Det er naturlig at det er de store virksomhetene som har implementert et mer automatisert varslingsystem rundt sykefraværs-oppfølgingsrutinene.

4.3.2 Oppfølgingsplan innen 4 uker

Vi ser først kort på lovgrunnlaget for utarbeidelsen av oppfølgingsplanen, og deretter på hvordan de utarbeider oppfølgingsplanen, innhold og nytte.

4.3.2.1 Lovgrunnlag

Arbeidsmiljøloven § 4-6 (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 fire 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. Arbeidsgiver skal sende oppfølgingsplanen til sykmelder så snart den er utarbeidet, og senest etter fire uker, og til Arbeids- og velferdsetaten etter bestemmelsen i folketrygdloven § 25-2 tredje og fjerde ledd.

Folketrygdloven § 25-2:

Tredje ledd: Arbeidsgiver skal sende oppdatert oppfølgingsplan til Arbeids- og velferdsetaten senest en uke før det avholdes dialogmøter etter folketrygdloven.

Fjerde ledd: Etter krav fra Arbeids- og velferdsetaten skal arbeidsgiver utlevere oppfølgingsplan som eventuelt er revidert etter lovbestemte dialogmøter.

Planen skal sikre at dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kommer raskt i gang, og at tiltak og muligheter for å komme i arbeid igjen vurderes grundig. Hvor omfattende planen og tiltakene skal være, vil være avhengig av hvor omfattende funksjonssvikten er og varigheten av den.

Oppfølgingsplanen skal i følge lovteksten i boksen over inneholde:

- en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne
- aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi
- aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og
- plan for videre oppfølging

4.3.2.2 Utarbeiding av oppfølgingsplan

Vi har spurt lederne i virksomhetene om virksomhetene synes det går greit å skrive oppfølgingsplaner og vi får mange svar som illustrerer noen av erfaringene fra arbeidsgiverne:

Den skal jo da kopieres og sendes til behandlende lege, og så plukker vi den frem når vi har oppfølgingsamtaler. Hvor tett vi har oppfølgingsamtaler er også litt avhengig av funksjonsevne og hva på en måte målet er. (Avdelingsleder, sykehus).

Ja, hva skal jeg si på det da. Det vil jo være veldig individuelt, føler jeg. Vi har flere som har psykiske plager, de er vanskelige, fordi at det å i det hele tatt ha dialogmøte, der flere skal treffes, og snakke, det kan være nesten umulig å få til. Og det er noen saker som blir så langvarige, sånn evigvarende, så vi føler at vi ikke kommer i noen god dialog med dem, fordi at sykdommen gjør at det er vanskelig å både snakke om det som er plagene, og å stille opp i sånne settinger. Det blir for uoverkommelig egentlig. så det er vel mer at konseptet, verken skjemaene eller dialogmøtekonseptet fungerer godt ved noen plager, spesielt med psykisk plager i en eller annen variant. Jeg har ikke mange eksempler på at vi har fått det til å fungere bra. (Prosessleder, industrivirksomhet)

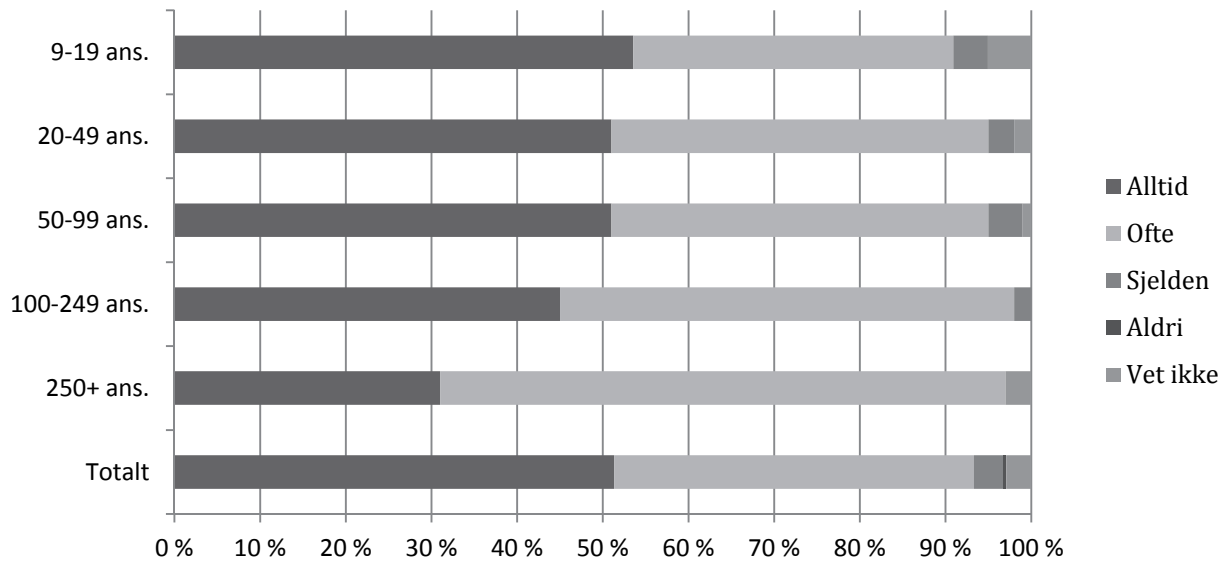
Det skjerper arbeidsgiver til å ta disse samtale. Hvis ikke kunne de godt falle bort i generelt arbeid. (Leder, hjemmetjenesteenhet med færre enn 20 ansatte).

Vi har spurt arbeidsgiverne i IA-virksomhetene om de utarbeider oppfølgingsplan, svarfordelingen er gitt i tabellen under.

Tabell 4.7 Virksomheten utarbeider oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker innen fire uker. IA-survey, 2012.

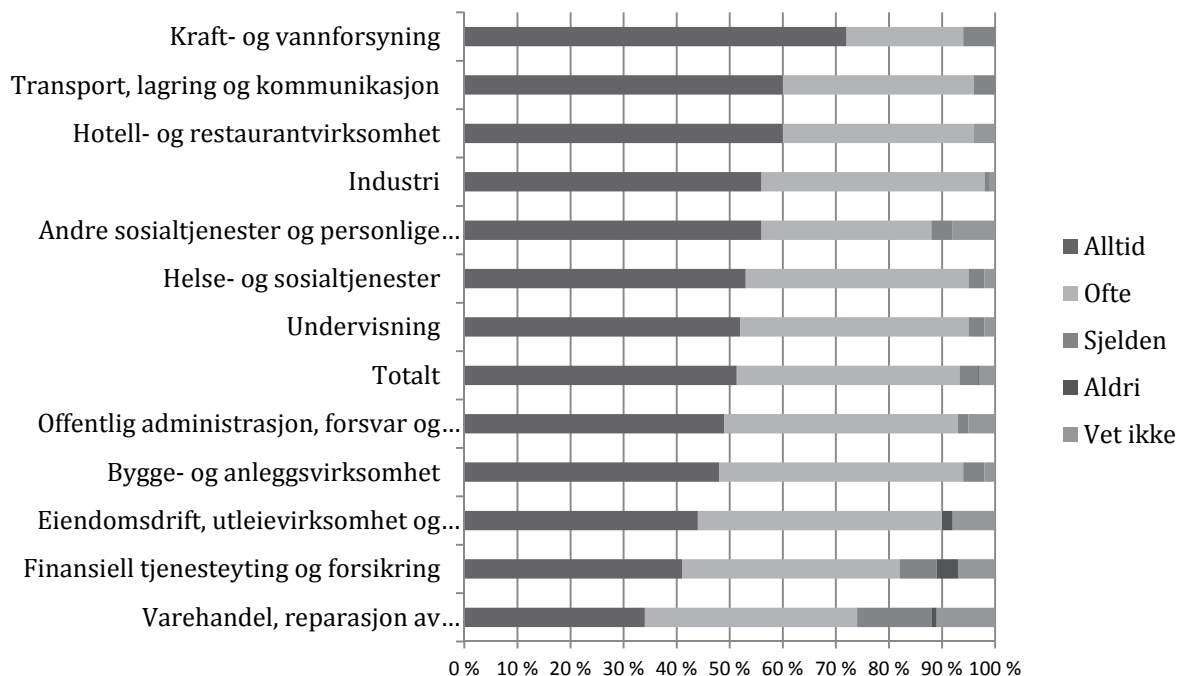
| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Alltid | 1 111 | 51 |
| Ofte | 908 | 42 |
| Sjelden | 76 | 4 |
| Aldri | 6 | 0 |
| Vet ikke | 63 | 3 |
| Sum | 2 164 | 100 |

93 prosent svarer at de utarbeider oppfølgingsplan alltid eller ofte innen fire uker. Vi er interessert i om det er forskjeller mellom ulike virksomheter.



Figur 4.6 Virksomheten utarbeider oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker innen fire uker, størrelse på virksomheten. IA-survey, 2012.

Når vi tester om sammenhengene er systematisk forskjellige mellom virksomheter av ulik størrelse, finner vi naturlig nok at det er flere store virksomheter som har unntak (heller ofte enn alltid), men det skyldes sannsynligvis at større virksomheter har flere ansatte og dermed flere som kan ha unntak. Det er ikke veldig særlig forskjell mellom virksomheter av ulik størrelse.



Figur 4.7 Virksomheten utarbeider oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker innen fire uker, næring. IA-survey, 2012.

Kraft og vannforsyning ligger høyest sammen med transport og hotell- og restaurant. Datagrunnlaget inkluderer 112 virksomheter i varehandelsbransjen og disse har lavest andel som alltid eller ofte utarbeider oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker innen fire uker.

4.3.2.3 Type oppfølgingsplan

Vi har spurt hvilken type mal for oppfølgingsplan virksomhetene bruker, og de fleste vi har snakket med har tatt utgangspunkt i malen som ligger på NAV sine nettsider.

Vi bruker stort sett standardformularet som er laget fra NAV sitt ståsted. Litt tilrettelegging eller mer layoutmessig har vi gjort det for vår egen del. Men det mest vesentlige på det skjemaet er jo å finne ut av hva skal til for at vedkommende kan være på jobb. Og så er spørsmålet, er det bare fysisk å være til stede, eller hvilke aktiviteter kan man gjennomføre? Og så da synliggjøre det. Et behov som måtte oppstå som vi på et vis må dekke for at en slik aktivitet skal skje. Det er hele intensjonen med hele skjemaet. Så ikke minst det å dokumentere at man har hatt en dialog, da, i en prosess. (Fylkesmann, leder)

Ja, det er jo mer en kopi av den som kommer fra NAV, den som vi skal sende dit da. Den har vi bare lagt på noe logo og noen sånne småjusteringer, for å tilpasse den vår bedrift, men det er det standardskjemaet. (Prosessleder, industri)

Vi kjenner også til virksomheter som ønsker seg en elektronisk løsning rundt oppfølgingsplanen, der de kan gå inn og oppdatere den ved hver kontakt.

4.3.2.4 Hva inneholder oppfølgingsplanen?

Vi spør om hva de skriver i oppfølgingsplanene og får litt mer innblikk i hva lederne tenker om oppfølgingsplanen:

... jeg har jo lært dette av Arbeidslivssenteret, hatt representanter fra Arbeidslivssenteret med på dialogmøte, som har lært meg en del spørsmål som er viktige å få med seg i oppfølgingsplanen. Og det er jo det jeg savner litt, for alle individene er jo ulike. Det er ikke sikkert de samme spørsmålene er relevante for den andre som er sykmeldt... (Leder, kommunal enhet)

Den skal jo helst inneholde litt om hva de tenker selv, om det er noe vi kan tilrettelegge sånn at de kan være på jobb. Jeg synes egentlig at det kan være litt... Det er greit nok der du har en som har hatt en operasjon eller noen konkrete ting, men vi har jo noen som er sykmeldte i perioder av ulike grunner, og det går igjen og igjen, og da synes jeg det er vanskelig å skape en ny plan for hver gang. Problemstillingen er den samme og skal vi da sitte og skrive disse planene...? Jeg føler at de gir så lite og det er gjentakelser. Synes det noen ganger bare er for å få ned referatet, føler jeg. Det er klart at i noen tilfeller har det noe for seg. (Leder, sykehjem)

For min del så er det det at det vi har prøvd ut skrives ned, og det vedkommende ønsker å prøve ut. Og da går det også på dette med at i en periode så utprøver vi det og det og det, og ny samtale tar vi på det og det tidspunktet. Så begge parter er hele tiden enige om når vi skal møtes neste gang.. og hva vi har prøvd ut.. og hvis de har vært helt ute så er det bare at de kommer tilbake og ser på den foregående planen vi har laga, og så sier vi at da gjentar vi den... (Leder, videregående skole)

I tillegg til den oppfølgingsplanen som du henter ut fra NAV sine sider, så har også fylkeskommunen laga noe som heter oppfølgingsnotat for sykefravær, som jeg synes er veldig kjekt, for da kan du loggføre de samtalene du har hatt veldig sånn kort, nå har du avtalt med den her personen at for eksempel neste møte skal være da og da. (Leder, videregående skole).

Ideelt sett hadde det vært nyttig med en linje på oppfølgingsplanen som lød... "justeringer/endringer som ble avtalt på/etter dialogmøtet 1" så kunne vi sendt inn planen med de nye påføringene. (Barnehage med 20 ansatte).

Generelt synes jeg ofte det er vanskelig å lage en god oppfølgingsplan, spesielt når arbeidstaker er ufaglært og kun har fokus på oppgaver som er tillagt kvalifisert personell. (Liten eldreomsorgsenhet).

Det siste sitatet berører noe mange har vært inne på i intervjuer – at det blir vanskelig når den sykmeldte ønsker å gjøre oppgaver de egentlig ikke er kvalifisert til, for eksempel kontoroppgaver.

Ut i fra dette kan oppfølgingsplanen i alle fall gjøres mer nyttig ved at det blir en dynamisk plan, der de kan loggføre det som skjer i ulike punkter.

4.3.2.5 Hva er nytten av oppfølgingsplanen?

Det viktigste av alt er å kartlegge hvordan arbeidsgivere og arbeidstakere opplever nytten av å utvikle oppfølgingsplaner. Dersom dette arbeidet i stor grad oppleves som unyttig, er det kanskje ikke grunnlag for at utarbeiding av oppfølgingsplaner skal være en del av den lovbestemte oppfølgingen som skal gjøres av sykmeldte. Vi lister her en rekke utsagn fra intervjuer og fra åpne spørsmål i spørreundersøkelsen for å vise variasjonen i erfaringene fra arbeidsgiverne:

Jeg føler som arbeidsgiver at det er mye lettere når man kommer tilbake så har man gjort en avtale og begge to har vært enige om den. Det er ikke jeg som har satt den, vi har en gjensidig avtale og tilbakemeldingene er at man har en forutsigbarhet når man kommer tilbake, også for oss når det kommer til drift. Det er stort sett bare positivt med det. (Leder, kommune).

Det er viktig med oppfølgingsplan for å klargjøre restarbeidskapasitet og behov for tilrettelegging (Relativt stor helsestasjon i storby).

Det er viktig med nær kontakt med NAV, kan ha betydning for sykefraværslengde. Oppfølgingsplan stiller krav til arbeidsgiver - arbeidstaker om å tenke tilrettelegging, se mulighetene i virksomheten. (Barnehage med 25 ansatte)

Det gjør at vi må komme raskt i gang med planen, og følge den opp. (Liten grunnskole)

Det er en påminning til meg som leder om å opprettholde kontakten med den sykmeldte. Utarbeidelse av oppfølgingsplanen er også en bra måte og se på muligheter for tilrettelegging. (Hjemmetjeneste med over 80 ansatte)

Det er greit, men oppfølgingsplan er omfattende og tar unødvendig mye tid. En leders dilemma, hva skal tiden brukes på? De som er på jobb eller de som er syke?? (Voksenopplæringscenter med 30 ansatte)

Det er helt greit! Har ikke sett at det har noen betydning for fraværslengde foreløpig. Har stort sett sendt oppfølgingsplan til NAV når den er laget med arbeidstaker. (Barnehage med 17 ansatte)

Fint med den formelle rammen rundt kommunikasjonsmulighetene det gir. Både for arbeidsgivers mulighet til å planlegge kapasitet, og for den syke som ikke blir glemt/oversett. (Offentlig administrasjon med ca. 35 ansatte).

Det kan være til stor nytte å få en god kommunikasjon, med tanke på planlegging for den sykmeldte og for oss med tanke på vikar osv. (Byggvirksomhet med ca. 50 ansatte)

Hva angår oppfølgingsplan, så er dette et viktig verktøy for å kartlegge den tilsette sin arbeidsevne, motivasjon og tanker rundt fraværet. Det er en gjensidig forpliktelse forbundet med oppfølgingsplanen. (Offentlig administrasjon med ca. 25 ansatte)

Jeg syntes at det er mer arbeid enn det er nyttig, fordi min erfaring er at de som vil tilbake til jobb kommer tilbake med eller uten oppfølgingsplan. Man har jo uansett kommunikasjon med vedkommende underveis. (Kommunalt omsorgstiltak med litt over 30 ansatte)

Jeg er usikker på i hvilken grad planene blir fulgt opp av NAV og arbeidstaker. Jeg er også usikker på i hvilken grad arbeidstaker involverer seg med tanke på gjennomføring av planene. Mitt inntrykk er at mange arbeidstakere føler det som en belastning. (Engrosvirksomhet med ca. 30 ansatte)

Så får vi håpe at dette også har betydning for NAVs oppfølging av sakene, og at dette ikke bare er en ny byråkratisk rutine som stjeler tid bort fra operativ oppgaveløsning. (Stort kommunalt bofellesskap)

Kravet om å utforme oppfølgingsplan er helt ok, og nødvendig. Men vi ser ikke helt nytten av å måtte levere inn både dette og rapporterings skjema som omhandler det samme. (kommunal eiendomstjeneste med over 100 ansatte)

Lege får oversendt oppfølgingsplan, viktig å være tydelig overfor lederne og ansatte at planen er til for en konstruktiv samhandling mellom ansatt og arbeidsgiver. Det er for partene sin del at vi lager en plan, ikke for å tilfredsstille NAV. (Fôrvareprodusent med litt mer enn 20 ansatte)

Mye arbeid for arbeidsgiver, har ingen relevans for arbeidstakers sykefraværssituasjon. Arbeidstaker kan når som helst bare sykmelde seg videre, uavhengig av hva som står i en plan eller hva som blir sagt på et dialogmøte. Vanskelig å få arbeidstaker til å forstå hensikten med en plan, dialogmøte eller liknende. Få arbeidstakere eller leger som forholder seg til en sãnn plan uansett. (Liten barnehage)

Mye som skal følges opp. Usikker på nytten med at vi utarbeider oppfølgingsplaner, (Rehabiliteringsinstitusjon med nesten 40 ansatte)

Noen sykmeldte synes det er godt å bli fulgt opp. Noen fortviler av den grunn. Uansett oppleves først oppfølgingsplan innen fire uker, og deretter nytt møte/plan innen ni uker, som stress og for tidlig. (Undervisningsenhet med nesten 200 ansatte)

Oppfølgingsplan er fortsatt et godt verktøy. Hvorfor det i tillegg kreves rapportskjema er uforståelig! Nytteverdi for hvem? Det er for mange skjema som nå skal fylles ut! (Sykehjem med 150 ansatte)

Oppfølgingsplan er helt på sin plass, rapporteringsskjemaet synes unødvendig. (Sykehjem med 130 ansatte)

Oppfølgingsplan er ok. Faglig innspill/muligheter for kommunikasjon/avklaring. Rapporteringsskjema ser jeg liten hensikt i. Ingen faglig nytte, ekstra ressursbruk som kunne brukes til mere konstruktive oppgaver enn å rapportere "for å unngå sanksjoner". (Sykehus med nesten 1 000 ansatte)

Det er altså stor bredde i hvordan man opplever nytten av oppfølgingsplanen. Vi har derfor kartlagt dette i surveyen blant IA-virksomhetene.

Tabell 4.8 Oppfølgingsplanen som verktøy er viktig for at sykmeldte skal kunne vende raskt tilbake. IA-survey, 2012.

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 75 | 4 |
| Delvis uenig | 171 | 8 |
| Verken/ eller | 346 | 17 |
| Delvis enig | 748 | 36 |
| Helt enig | 652 | 31 |
| Vet ikke | 86 | 4 |
| Total | 2078 | 100 |

Vi finner ikke systematiske forskjeller mellom virksomheter av ulik størrelse eller i ulike bransjer i svarene på om oppfølgingsplanen er et viktig verktøy for at sykmeldte skal vende tilbake. Om lag to av tre ledere i IA-virksomhetene er helt eller delvis enig i påstanden om at det er et viktig verktøy.

Vi har også spurt om dette i surveyen til lederne i 2013, men formulert på en litt annen måte.

Tabell 4.9 Mener dere det er nyttig at arbeidsgiver og arbeidstaker skal skrive en oppfølgingsplan senest etter fire ukers sykmelding? Survey 2013

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 614 | 66 |
| Nei | 196 | 21 |
| Vet ikke | 117 | 13 |
| Total | 927 | 100 |

Selv om spørsmålet er stilt på ulike måter er det godt samsvar i andelen som synes oppfølgingsplaner har noe for seg. Ut i fra disse to tabellene er det rimelig å anta at omtrent to av tre ledere mener det kan være greit å utarbeide oppfølgingsplaner når folk blir sykmeldt.

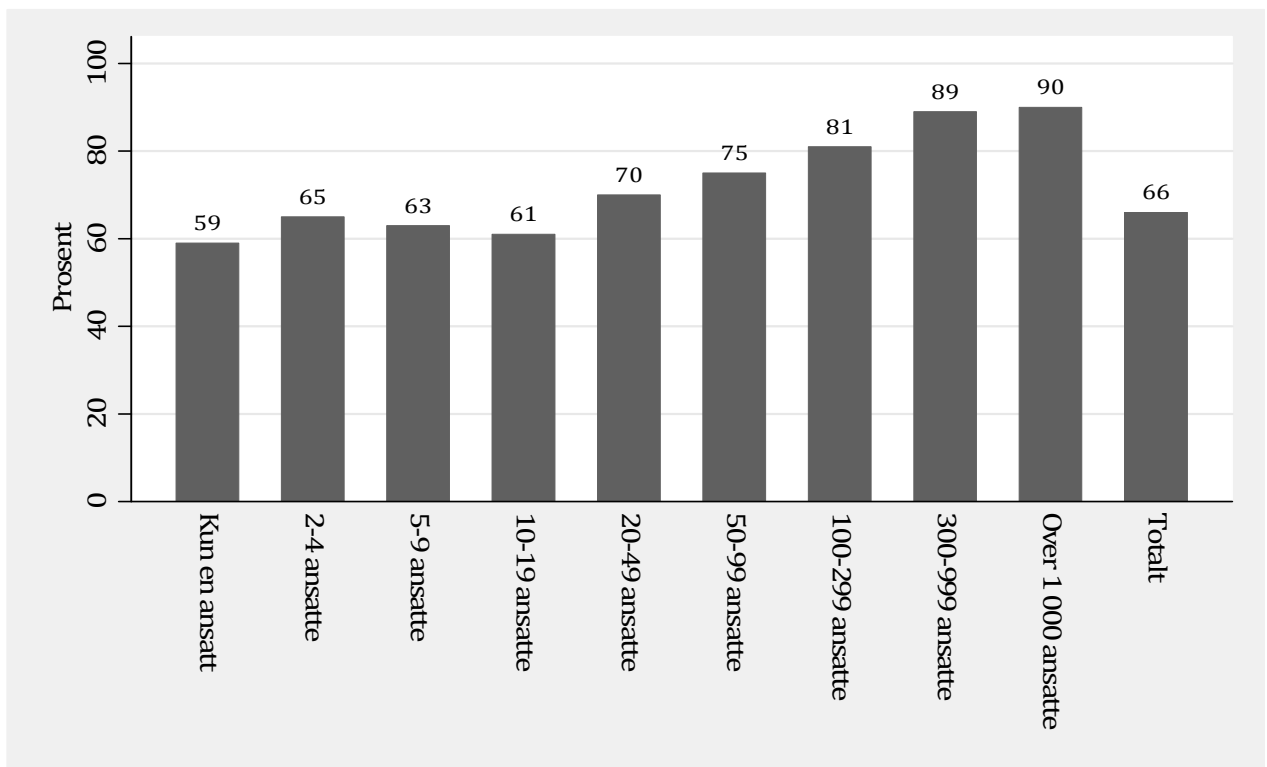
Også her har vi hatt åpne spørsmål og to typiske kommentarer er disse som viser at det ikke alltid oppleves som nyttig, og at det er avhengig av årsaken til sykefraværet.

Forandrer lite, bare ekstra belastning for firmaet. (Leder, privat bygningsfirma med 12 ansatte)

Kommer veldig mye an på årsak til sykefravær. Der arbeidstaker er ute i sykefravær eksempelvis grunnet større operasjoner, bør det gis rom for at dette ikke er nødvendig. (Leder for lite matproducentfirma)

*For oss som er en liten bedrift med under ti ansatte ses dette på som unødvendig, men for bedrifter med mange ansatte, og mindre direkte kontakt mellom partene, vil dette være nyttig!
(Leder grunnarbeidfirma med færre enn ti ansatte)*

Ut i fra disse svarene får vi mistanke om at de små virksomhetene mener at det å utarbeide oppfølgingsplan er mindre viktig enn det større virksomheter har. Vi har koblet på registerdata for antall ansatte og for de 992 virksomhetene i surveyen i 2013, og kan dermed undersøke om svarene varierer med virksomhetens størrelse. Vi finner systematiske forskjeller og som forventet er det de små virksomhetene som i mindre grad svarer at det er nyttig at arbeidsgiver og arbeidstaker skal skrive en oppfølgingsplan senest etter fire ukers sykmelding. Grunnen til at vi ikke fant disse forskjellene i IA-surveyen kan skyldes at vi ikke har med små virksomheter med under ni ansatte i utvalget, og at IA-virksomhetene er mer heterogene.



Figur 4.8 Mener dere det er nyttig at arbeidsgiver og arbeidstaker skal skrive en oppfølgingsplan senest etter fire ukers sykmelding? Survey 2013

Til slutt tar vi med et sitat fra en leder som deler egne erfaringer om å selv bli godt fulgt opp av sin leder. Han illustrer med dette hvor viktig oppfølging kan være for enkeltpersoner:

Jo fortere en tar kontakt, jo bedre. Jeg hadde for noen år siden hjerteinfarkt med etterfølgende hjerteoperasjon (bypass), hvor jeg var innleid konsulent. Men jeg husker den dag i dag hvor godt det gjorde da min sjef, prosjektlederen, ringte meg opp bare en uke etter operasjonen og spurte hvordan det gikk, og sa at jeg var hjertelig velkommen tilbake så fort jeg følte det var riktig. Og jeg er sikker på at det var en av de viktigste grunnene til at rekonvalesenten gikk så fort, og etter 1 1/2 måned etterpå var jeg tilbake på deltidsjobb, som gradvis økte etterhvert som jeg følte meg i form. (Leder i lite konsulentbyrå).

4.3.2.6 Konklusjon

Sett fra arbeidsplassen side, vil det å utarbeide oppfølgingsplan innen fire ukers varighet på sykmeldingen være en fornuftig regel, selv om det er mange arbeidsgivere som ikke har særlig tro på dette virkemiddelet. Mange ledere gir uttrykk for at de kunne ønske at de slapp å følge opp sykmeldte i det hele tatt, men de aller fleste ledere mener dette er en viktig del av deres personalansvar. For å sikre at alle sykmeldte blir tatt vare på, og blir prioritert av sin arbeidsgiver, bør utarbeidelse av oppfølgingsplanen være obligatorisk og lovbestemt i Arbeidsmiljøloven som i dag. To av tre ledere ser ut til å være enig i dette.

De fleste arbeidsgivere og arbeidstakere har godt utbytte av å utarbeide oppfølgingsplanen – og det forplikter begge parter. Oppfølgingsplanene bør forenkles slik at det ikke tar uforholdsmessig lang tid å skrive det og det bør kanskje i større grad bli et dynamisk dokument.

Hva oppfølgingsplanene bør inneholde, venter vi å konkludere med til vi har sett på NAV og legene sine erfaringer med oppfølgingsplanene. Den er sannsynligvis alt for omfattende slik den foreligger i dag, og grunnen til at det har blitt slik er at den skal tilfredsstillende mange behov. Den må utvikles slik at den oppleves som mest mulig nyttig for arbeidsgiver og arbeidstaker.

4.3.3 Sende oppfølgingsplan til lege

4.3.3.1 Lovgrunnlag

Arbeidsmiljøloven § 4-6 (3): ... Arbeidsgiver skal sende oppfølgingsplanen til sykmelder så snart den er utarbeidet, og senest etter fire uker, og til Arbeids- og velferdsetaten etter bestemmelsen i folketrygdloven § 25-2 tredje og fjerde ledd.

Folketrygdloven § 25-2:

Tredje ledd: Arbeidsgiver skal sende oppdatert oppfølgingsplan til Arbeids- og velferdsetaten senest en uke før det avholdes dialogmøter etter folketrygdloven.

Fjerde ledd: Etter krav fra Arbeids- og velferdsetaten skal arbeidsgiver utlevere oppfølgingsplan som eventuelt er revidert etter lovbestemte dialogmøter.

Oppfølgingsplan skal alltid sendes uoppfordret til

- Sykmelder når den er utarbeidet første gang, dvs. ved fire uker.
- NAV senest innen ni uker. I tillegg skal den sendes til NAV ved forespørsel

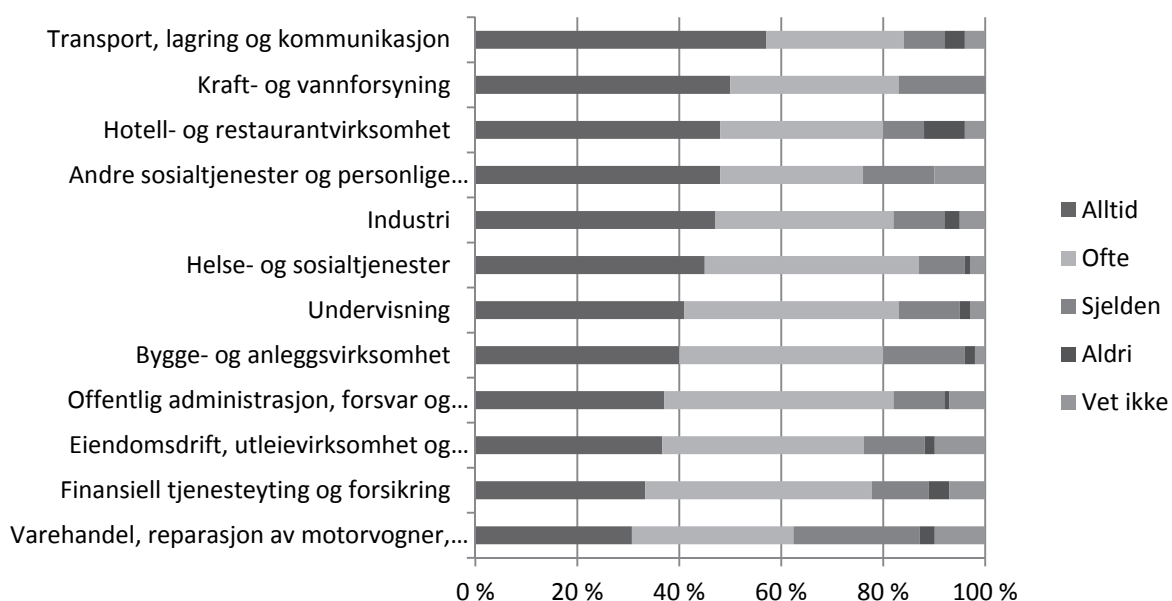
4.3.3.2 Får legen oppfølgingsplanene?

Vi har spurt IA-virksomhetene om de sender oppfølgingsplanene til legen innen fire uker og svarene er gitt i neste tabell.

Tabell 4.10 Virksomheten sender oppfølgingsplanen til lege/sykmelder innen fire uker. IA-survey, 2012.

| | Antall | Andel |
|----------|--------|-------|
| Alltid | 921 | 43 |
| Ofte | 867 | 40 |
| Sjelden | 234 | 11 |
| Aldri | 39 | 2 |
| Vet ikke | 91 | 4 |
| Totalt | 2152 | 100 |

83 prosent sier at de alltid, eller ofte, sender oppfølgingsplanen til legen. Det er relativt små forskjeller mellom virksomheter av ulik størrelse, men det er større forskjell i svarene mellom næringer.



Figur 4.9 Virksomheten sender oppfølgingsplanen til lege/sykmelder innen fire uker. IA-survey, 2012.

Varehandel sender i mindre grad oppfølgingsplan til legen, mens virksomheter i transportnæringen i større grad svarer at de alltid eller ofte sender den. Dette handler kanskje om at dette ofte er veldig små enheter. Her har vi kun med virksomheter med over ni ansatte. Det er trolig grunn til å tro at de små butikkene er de som i størst grad sliter med å følge reglene.

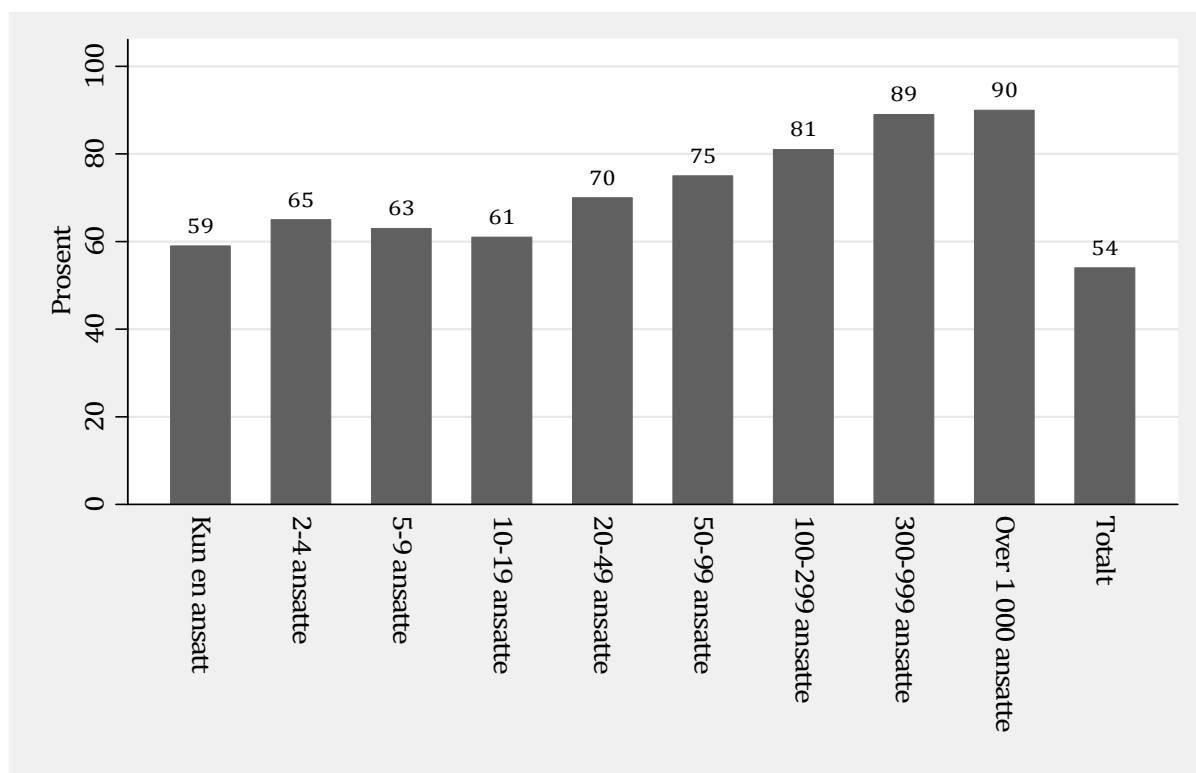
4.3.3.3 Er det nyttig å sende oppfølgingsplanen til legen?

I surveyen som ble gjennomført i mars 2013 har vi fått med småvirksomhetene slik at vi kan se på nytten av de ulike elementene i oppfølgingsregimet i alle typer virksomheter. Vi har spurt om de mener det er nyttig å sende oppfølgingsplanen til legen. Svarene fordeler seg som vist i neste tabell.

Tabell 4.11 Mener dere det er nyttig at oppfølgingsplanen skal sendes til legen? Survey 2013

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 504 | 54 |
| Nei | 267 | 29 |
| Vet ikke | 156 | 17 |
| Total | 927 | 100 |

Litt over halvparten av virksomhetene svarer at det er nyttig. Før vi ser på de mer kvalitative variablene, undersøker vi om det er systematikk i svarene etter størrelse på virksomhetene og etter næring. Vi finner ikke noe systematikk i forhold til næring, men igjen i forhold til størrelse. Som vist i neste figur er det de større virksomhetene som ser mest nytte av å sende oppfølgingsplanen til legen.



Figur 4.10 Andel som mener det er nyttig at oppfølgingsplanen skal sendes til legen. Survey 2013.

Vi ser mer på de kvalitative svarene for å se om vi ser noen årsak til de relativt store forskjellene etter virksomhetsstørrelse.

Gir lege mulighet til å vurdere hvem som ikke er motiverte og dermed burde "tvinges" til å gjøre andre arbeidsoppgaver som de er fullt ut funksjonsdyktige til å gjøre, men ikke ønsker å utføre. (Leder biokjemisk produksjon med færre enn 20 ansatte)

Ja for da kan man samtidig informere om mulighetene for tilrettelegging, og så burde en kanskje bruke avventende sykmelding mye mer. (Leder kjøttbearbeiding, under 30 ansatte).

Lege setter seg ofte for lite inn i pasientens arbeidsoppgaver og bruker for lite tid på de menneskelige sider. (Leder, urmakerbutikk med færre enn ti ansatte)

Leger har vel viktigere ting å bruke tid på. (Leder hos virksomhet relatert til skipsmegling).

Tror at lege er den som best kan vurdere om det er mulighet for å gå i arbeid. Nyttan kan være om arbeidsgiver har mulighet for tilby tilrettelegging eller ikke. (Leder lite byggfirma)

Kan ikke se at oppfølgingsplan påvirker lege i noen grad (Leder i stor engrosvirksomhet).

Kan ikke tenke meg at lege har nytte av dette - de har vel knapt tid til å lese det. Dette kan gjøres i helt spesielle tilfeller når det virker fornuftig - men ikke som hovedregel. Leger og arbeidsgiver får en høy belastning ved administrasjon rundt sykmeldte. (Leder i utleie av arbeidskraft)

Ikke dumt at fastlege er informert om arbeidsgivers engasjement. (Leder i liten avisutgivervirksomhet)

Det er greit at legen kan se hva slags tilrettelegging som er mulig i bedriften (Leder byggevirksomhet med 26 ansatte)

Det er fullstendig galskap at en lege skal sitte å lese papirene i stedet for å behandle pasienter. Som arbeidsgiver er vi avhengig av et effektivt helsevesen som "fikser" folk, slik at de kommer raskest mulig tilbake i arbeid. 1000 vis av rapporter til gjennomlesing er ikke veien å gå. (Leder i rengjøringsvirksomhet med 12 ansatte)

Noen mener altså at legen ikke bør sitte og lese oppfølgingsplaner, men heller behandle pasienter, mens andre mener at det er legen som best kan vurdere om det er muligheter for å jobbe.

Mange er inne på at legen sikkert ikke leser oppfølgingsplanene de får tilsendt. Vi har derfor spurt om dette i surveyen vi gjennomførte i mars 2013.

Tabell 4.12 Har dere inntrykk av at legen leser oppfølgingsplanene dere sender? Survey 2013

| | Antall | Andel |
|----------|--------|-------|
| Ja | 77 | 8 |
| Nei | 258 | 28 |
| Vet ikke | 578 | 63 |
| Total | 913 | 100 |

Det er altså 8 prosent av lederne som har inntrykk av at legen leser oppfølgingsplanen som sendes, 28 prosent svarer nei, mens en stor andel av lederne er usikker på om legen leser de og svarer derfor vet ikke. Vi finner ingen systematiske forskjeller i svarene ut i fra størrelse på virksomheten eller hvilken næring virksomheten tilhører.

Vi har også her åpnet for kommentarer for å få mer kvalitative svar og ser at det at de ikke får tilbakemelding typisk gjør at de ikke vet om planene blir lest eller ikke:

Har ikke opplevd å få noe tilbakemelding på dette eller forstått at dette har blitt lest. (Leder bank/forsikring 10 ansatte)

Generelt dårlig dialog med leger til tross for flere forsøk. (Leder sikkerhetselskap, ca. 40 ansatte)

De gangene vi har snakka med legen, gir han tydelig inntrykk av at han syns dette er for omfattende og arbeidskrevende for lege å følge opp. (Arkitektfirma med 15 ansatte)

Flere av respondentene sier at legen leser planen dersom de blir bedt om å møte på Dialogmøte 1.

Ikke bestandig, men spesielt hvis det går til Dialogmøte 1 og lege blir bedt om å møte. (Stor oljeproducent)

Oppfølgingsplanene er i alle fall lest innen dialogmøte. (Leder i lite datafirma)

Det er ulikt. Noen leser, noen leser ikke. De leser når dialog 1 møte holdes, hvis de ikke har lest før. (Leder i stor gravferdsetat)

[Har svart nei] Dette er et inntrykk - basert på at vi ikke får tilbakemelding / innspill fra lege. Vanskelig å få leger i tale, kan tenkes de diskuterer med pasienten og tror at dette kommer videre. Generelt inntrykk et at de i liten grad er kjent med hva pasienten arbeider med og hvilke utfordringer som er der for den enkelte pasient. (Leder stort teknisk konsulentfirma)

Eller om det er alvorlige sykdomstilfeller:

Litt usikker på om hvor nøye fastlege setter seg inn i planene, men har absolutt inntrykk av at en del gjør det. Det kan nok relateres til alvorlighetsgraden av sykefraværet. Og så kan det være personavhengig. (Leder i stor kommunal administrativ enhet)

Noen av respondentene kommenterer når de opplever at legen leser planen:

Kun hvis sykmeldte tar med planen til legen og kommenterer det. (Leder i lite kompetansesenter)

Det er flere som gjør det på denne måten:

Planen blir sendt med den ansatte som skal levere den selv til lege. Vi har ingen oversikt over om planen faktisk blir levert eller om legen leser den. (Leder vaktmestertjeneste, 15 ansatte)

Konklusjon: Det er stor variasjon i hvorvidt arbeidsgiverne mener det er nyttig å sende oppfølgingsplanen til legen eller ikke. Vi konkluderer ikke på dette punktet før vi har sett på hvordan legen nyttiggjør seg oppfølgingsplanen i neste kapittel. Vi kan konkludere med at vi ikke observerer sterke motforestillinger hos arbeidsgiverne om å sende oppfølgingsplanen til legen. Som vi skal se når vi kommer til legene, er det mer innholdet og hvordan og når de kommer til legen som er problemet.

4.3.4 Dialogmøte innen sju uker

Lovgrunnlaget fra arbeidsmiljøloven for arbeidsgiveren er som følger:

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

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Sykmelder skal delta i møtet med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses hensiktsmessig, jf. folketrygdloven § 25-5 a. Arbeidsgiver skal gi informasjon til Arbeids- og velferdsetaten om oppfølgingsplan og dialogmøtet etter bestemmelsen i folketrygdloven § 25-2 tredje ledd.

Der står det at dialogmøte skal holdes med mindre det er åpenbart unødvendig. Det at det er åpenbart unødvendig har skapt diskusjoner, og partene måtte sette seg ned våren 2012 og forsøke å finne formuleringer som kunne presisere hva de mente praksis rundt lovparagrafene burde være. I forhold til Dialogmøte 1 konkluderte de slik:

- Plikten til å avholde dialogmøtet skal overholdes uavhengig av om det foregår annen oppfølging og dialog på arbeidsplassen.
- Arbeidsgiver må tidligst mulig og senest i forbindelse med utarbeidelsen av oppfølgingsplanen innen fire uker etablere en kontakt med den sykmeldte for å bringe på det rene om det dreier seg om et tilfelle som kan falle inn under unntaket.
- Dersom arbeidsgiver, arbeidstaker eller ev. sykmelder mener det er behov for dialogmøte, vil det neppe kunne anses som åpenbart unødvendig å avholde dette. Eksempler på tilfeller hvor møtet kan være åpenbart unødvendig er:
 - Tilfeller med alvorlige sykdomstilstander hvor det kan fastslås at vedkommende arbeidstaker ikke vil være i stand til å vende tilbake til arbeidet.
 - Tilfeller der det er åpenbart at arbeidstaker innen kort tid uansett vil vende tilbake til full jobb uten tilretteleggingstiltak.
 - Tilfeller der det allerede er iverksatt tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen som fungerer, og det er åpenbart at arbeidstaker uansett innen kort tid vil komme tilbake til full jobb.
 - Alvorlige sykdomstilstander hvor årsaken til sykmeldingen er av en slik art at møtet ikke kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte. (Det forutsettes i slike tilfeller at møtet hvis mulig avholdes på et senere tidspunkt.).

Det å komme i ettertid og presisere hva som var ment med lovparagrafer er ikke så lett. Det er svært få som har lest "konklusjonsdokumentet" til myndighetene og partene av dem vi har snakket med. Folk som arbeider med sykmeldte kjenner svært godt til lovteksten og det er den de forholder seg til. Slik skal det også være. At det står noe annet på sidene til NAV enn det som står i lovteksten oppleves også som forvirrende. Det er fortsatt mange dialogmøter som oppleves som unødvendige både for arbeidsgiver og arbeidstaker, men det er stor variasjon i svarene fra arbeidsgiverne om hvorvidt de synes dialogmøte er fornuftig.

4.3.4.1 Erfaringer fra arbeidsgivere

Mange mener det kommer for tidlig:

Mye arbeid og noen ganger blir det for tidlig å ha Dialogmøte 1 etter 7 uker. (Leder i barnehage med 15 ansatte)

Eller at det har liten hensikt:

Sykefraværet ved vår enhet har ikke vært arbeidsrelatert, og vi opplever dialogmøtene som tidkrevende og "proforma". (Rektor ved grunnskole med 30 ansatte)

Mine ansatte er ikke borte fra jobben dersom det absolutt ikke er behov for det - jeg kan ikke se at det skulle dukke opp noe revolusjonerende nytt ved et dialogmøte eller i en oppfølgingsplan. Ofte er det medisinske grunner som er helt opplagte som f.eks brukket ben e.l. Jeg tror også at dersom man har en god dialog med sine ansatte HELE TIDEN vil man kunne tilrettelegge på et mye tidligere stadiet og dermed unngå sykmelding. (Barnehage med 27 ansatte)

Det varierer hvor viktig det oppleves å lage oppfølgingsplan og ha dialogmøte for de ansatte tidlig, i mange tilfeller opplever vi at samtaler uten loggføringen holder lenge. (Høyskole med 160 ansatte)

Det er ikke noe negativt med å holde dialogmøter, men forholdene er allerede avklart før møtene, og dialogmøtene bringer ikke fram noe nytt. Derfor oppleves de som unødvendige. (Legetjeneste med 20 ansatte)

Helt umulig å følge opp, siden alle våre sykdomstilfeller har en karakter som gjør oppfølging og dialogmøter uinteressant og overflødig. Jeg snakker med de sykmeldte ofte, de kommer på jobb når de makter det, har aldri opplevd at noen ikke kommer når de bare klarer å kroke seg på jobb. Ingen møter vil endre på det. (Leder finansvirksomhet med 30 ansatte)

Eller at det er vanskelig å gjennomføre:

For offshore rotasjon er fire uker en nesten umulig frist. Om en person blir sykmeldt på sin tur (14 dager) så skal vedkommende ha fri fire uker. I den perioden er det ikke naturlig å avholde et oppfølgingsmøte før det nærmer seg utreise igjen (nesten 6 uker fra sykmeldingsdato). (Stor oljevirksomhet)

Flere påpeker at det er mye merarbeid og det er ressurskrevende både å ha dialogmøte og oppfølgingsplan:

Merarbeid for ledere med 2 møter innen 7 uker for både de som er helt og gradert s.m. Urealistisk og for ressurskrevende å ha med lege og/eller bht (også administrere dette) på et så tidlig tidspunkt som 7 uker. Leger blir derfor i liten grad innkalt. Det er både unødvendig og ikke praktisk mulig at de kan delta i mange dialogmøter 1. Rapportering en ekstra belastning (tid/ressurser). (Sykehus med 900 ansatte)

Det er mer naturlig å ta første dialogmøte sammen med oppfølgingsplanen. Ofte lurt å ha med legen allerede når oppfølgingsplanen skal lages. Noen ganger er det vanskelig å kunne si noe om en slik plan allerede etter fire uker. (Leder ved politistasjon med 100 ansatte)

For kort tid mellom første oppfølgingsplan og Dialogmøte 1. (Leder)

Noen er også inne på at det kan virke disiplinerende på ansatte som er i stand til å komme tidligere tilbake:

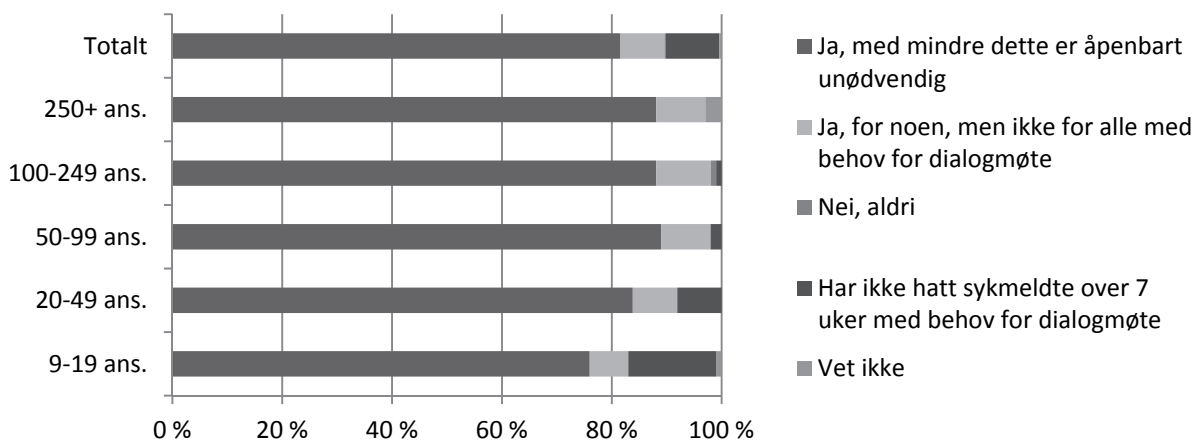
Ja, for en del kommer fortere tilbake til jobb når det blir snakk om å avholde dialogmøter. (Barnehage med 30 ansatte)

Vi kommer i en tidlig dialog med den ansatte og kan komme med innspill til tilrettelegging, men opplever det ofte vanskelig å få den ansatte inn på sporet av tilrettelegging når de først er blitt sykmeldt. (Leder i kommunal barnehage med 36 ansatte)

Vi har også kartlagt dette gjennom spørreundersøkelsen til IA-virkosmhetene.

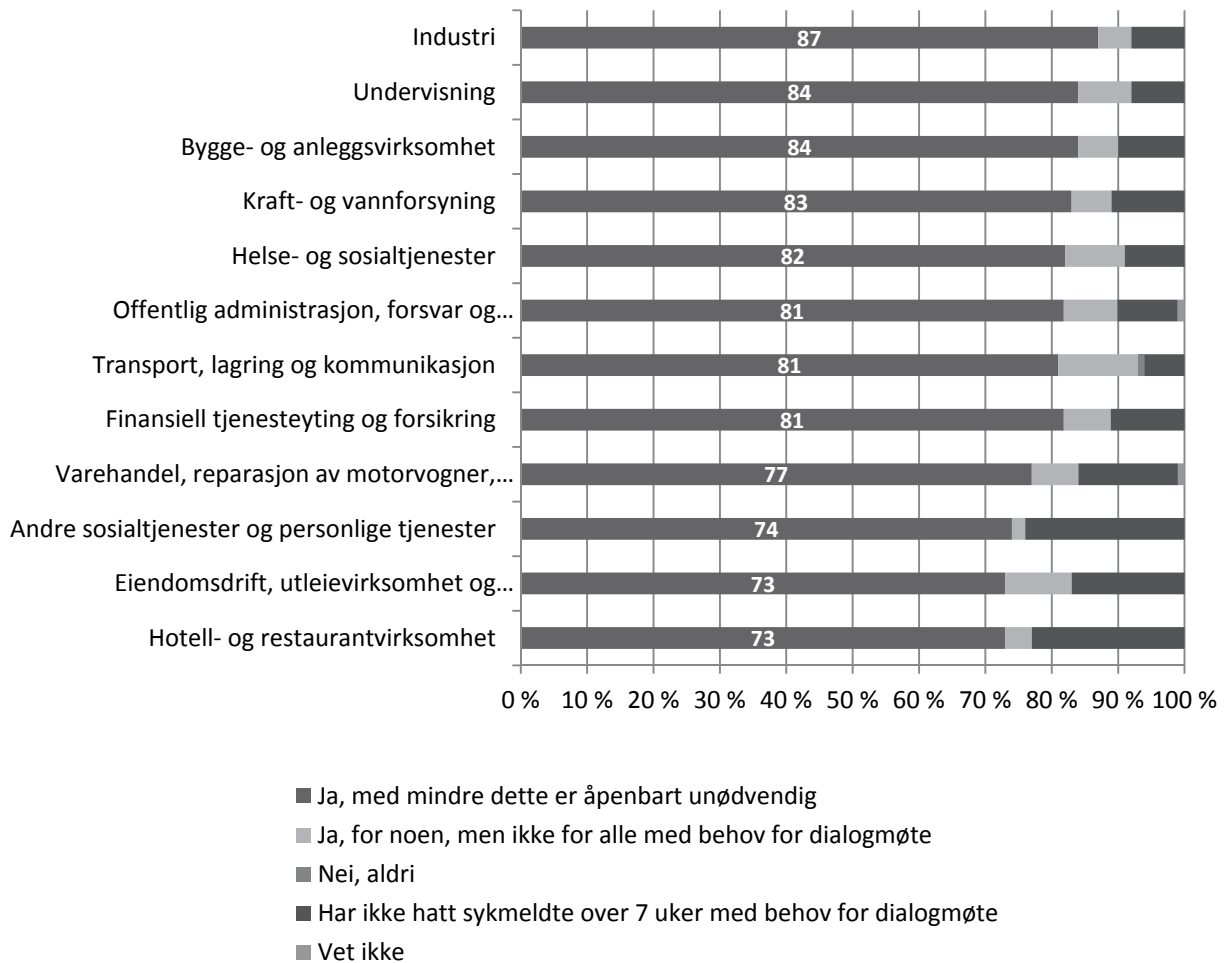
Tabell 4.13 Gjennomfører virksomheten Dialogmøte 1 innen 7 uker? IA-survey, 2012.

| | Antall | Andel |
|--|--------|-------|
| Ja, med mindre dette er åpenbart unødvendig | 1 773 | 82 |
| Ja, for noen, men ikke for alle med behov for dialogmøte | 173 | 8 |
| Nei, aldri | 7 | 0 |
| Har ikke hatt sykmeldte over 7 uker med behov for dialogmøte | 210 | 10 |
| Vet ikke | 9 | 0 |
| Sum | 2 172 | 100 |



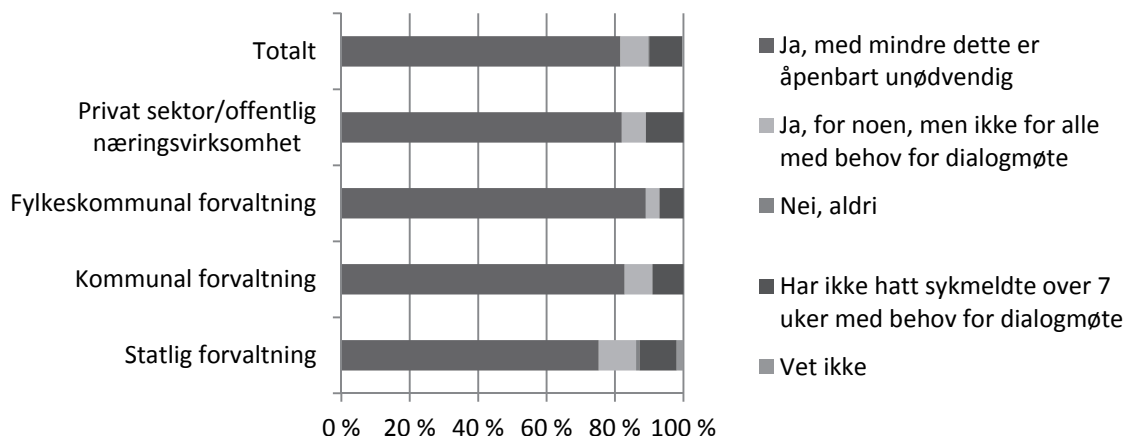
Figur 4.11 Gjennomfører virksomheten Dialogmøte 1 innen 7 uker?, etter virksomhetsstørrelse. . IA-survey, 2012.

Det er de minste virksomhetene som naturlig nok ikke har hatt sykmeldte over 7 uker med behov for dialogmøte.



Figur 4.12 Gjennomfører virksomheten Dialogmøte 1 innen 7 uker etter hovednæring. IA-survey, 2012.

Høyest andel i industri og lavest i hotell- og restaurant.



Figur 4.13 Gjennomfører virksomheten Dialogmøte 1 innen 7 uker etter sektor. IA-survey, 2012.

Det ser ut som virksomheter innen statlig forvaltning i mindre grad gjennomfører Dialogmøte 1 for alle med behov (basert på svar fra 198 virksomheter).

Vi har også spurt IA-virksomhetene om hvem som vanligvis deltar i Dialogmøte 1. Svarene er vist i neste tabell:

Tabell 4.14 Hvem deltar vanligvis på dialogmøtene? IA-survey, 2012.

| Vanligvis: | Antall | Prosent av virksomhetene |
|------------------------------------|--------|--------------------------|
| Arbeidstaker | 2 074 | 100 |
| Arbeidsgiver | 2 074 | 100 |
| BHT | 960 | 46 |
| Lege | 780 | 38 |
| Tillitsvalgt | 123 | 6 |
| Verneombud | 58 | 3 |
| NAV-kontor | 295 | 14 |
| NAV Arbeidslivssenter (IA-kontakt) | 158 | 8 |
| Antall virksomheter | 2 074 | 100 |

Som vi så i kapittel tre, svarte tillitsvalgte at de i liten grad var med på Dialogmøte 1, så dette stemmer. Nesten halvparten av virksomhetene svarer at de vanligvis har med BHT.

4.3.4.2 Er Dialogmøte 1 nyttig?

Vi har spurt virksomhetene om de mener det er nyttig at det skal gjennomføres Dialogmøte 1 senest etter sju ukers sykmelding.

Tabell 4.15 Mener dere det er nyttig at det skal gjennomføres Dialogmøte 1 senest etter 7 ukers sykmelding. IA-survey, 2012.? Survey 2013.

| | Antall | Andel |
|----------|--------|-------|
| Ja | 631 | 70 |
| Nei | 143 | 16 |
| Vet ikke | 132 | 15 |
| Total | 906 | 100 |

Det er altså 70 prosent av lederne som har respondert på undersøkelsen som mener at Dialogmøte 1 er nyttig. Det er tendenser til at de større virksomhetene i større grad mener at Dialogmøte 1 skal gjennomføres, men det er ikke sterke systematiske sammenhenger. Det er heller ingen systematisk sammenheng mellom virksomheter innen samme bransje.

Konklusjon: Dialogmøtene ser i stor grad ut til å bli avholdt, men det er vanskelig å kartlegge hvordan unntaksbestemmelsene praktiseres. Som vi så i forrige kapittel er sannsynligvis vellykketheten av møtene avhengig av forholdet mellom lederen og den sykmeldte i utgangspunktet. Mange møter avholdes fordi de må i følge loven, heller enn at de oppleves som veldig nyttig. Sannsynligvis er det for mange som involveres på et for tidlig tidspunkt og at dette forklarer hvorfor mange mener Dialogmøte 1 kommer for tidlig.

En god løsning kan være at virksomhetene avholder Dialogmøte 1 kun med arbeidsgiver og arbeidstaker og så blir de på møtet enige om det er nødvendig å kalle inn legen og NAV. Vi ser nå videre på hvem som bør delta på Dialogmøte 1.

4.3.5 Legens deltakelse på Dialogmøte 1

I arbeidsmiljøloven er det tatt med at sykmelder skal delta på Dialogmøte 1 senest innen 7 ukers sykmelding (helt eller gradert) og folketrygdloven definerer legens oppgave.

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

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Sykmelder skal delta i møtet med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses hensiktsmessig, jf. folketrygdloven § 25-5 a. Arbeidsgiver skal gi informasjon til Arbeids- og velferdsetaten om oppfølgingsplan og dialogmøtet etter bestemmelsen i folketrygdloven § 25-2 tredje ledd.

I Protokollen tilhørende IA-avtalen har partene blitt enige om følgende:

Sykmelder skal delta i Dialogmøte 1 i tråd med folketrygdlovens § 25-5 etter innkalling fra arbeidstaker eller arbeidsgiver. Sykmelder skal likevel ikke innkalles dersom arbeidstaker ikke ønsker det, og arbeidsgiver skal forespørre arbeidstaker før sykmelder innkalles til møtet.

Arbeidsgiverne har i stor grad etterspurt legene tidlig i sykefraværsløpet og mange mener det er helt på sin plass at legen skal komme til virksomheten dersom de har sykmeldt en av deres ansatte. Andre har et mer realistisk forhold til hva som er naturlig å forvente av medisinsk personell, men det er også her stor variasjon:

Sånn er det, og jeg har jo hatt mange diskusjoner med legeföreningen lokalt, som synes dette er helt forferdelig at de skal blant annet bruke så mye tid på det, for de vil jo helst behandle pasienter og ikke drive så mye administrasjon som de opplever det her som. Men det er klart at når vi sender en oppfølgingsplan, jeg forventer jo at legen ser og leser den. Det jeg også har opplevd det siste året kanskje er at det har blitt enklere for meg som arbeidsgiver, eller blitt mer legalt for meg som arbeidsgiver å ta kontakt med legen, når det gjelder enkelte ansatte... Hvis jeg får en sykmelding og det står at han er hundre prosent sykmeldt, og så kjenner jeg personen godt, og vet at jeg kan godt tilby en eller annen arbeidsoppgave som hun godt kan utføre, hun trenger ikke være hundre prosent. Da kan du ta den telefonen og så spørre legen om hvor mye vet du om vedkommende sin arbeidssituasjon og arbeidsoppgaver. (Leder i kommune).

Dette er et veldig typisk sitat fra en arbeidsgiver, og det er å fortelle legen om tilretteleggingsmuligheter er hovedårsaken til at arbeidsgiverne ønsker kontakt med legene:

Det positive er informasjonen om mulige arbeidsoppgåver til legen blir direkte formidla (Bofellesskap med 60 ansatte).

Arbeidstakere er ofte ikke selv interessert i å vurdere restarbeidsevne og henviser til legens vurdering. Legene er svært lite interessert i å snakke med arbeidsgiver (opplevd selv flere ganger å bli avvist av lege). NAV jobber aktivt med begge parter for at dette skal komme i gang. Men da det ikke har noen betydning i forhold til arbeidstaker, så syntes jeg det hviler for mye ansvar på arbeidsgiver - Og det er kun arbeidsgiver som kan "straffes" for mangelfull oppfølging (Byggvarehus, leder 28 ansatte).

Noen synes det er rart å skulle dra på legesenteret å ha møte:

I et lite lokalsamfunn der alle kjenner alle, er ikke alle like fortrolige med å ha med arbeidsgiver til legebesøk. På venterommet sitter det alltid en del folk, og alle vet hvem som er arbeidstaker/arbeidsgiver. Dette kan føre til sladder. Legene er selvsagt en travel yrkesgruppe. Det viser seg å være minimal tilbakemelding på direkte kontakt/henvendelse fra arbeidsgiver, noe de sier kommer av at de ikke har tid til. Dette skjer i forkant av dialogmøter (viktig å fremheve). (Skole 30 ansatte)

I lovteksten står det at sykmelder skal delta i møtet med mindre arbeidstaker ikke ønsker det. Vi har forsøkt å kartlegge hvorvidt dette blir gjort gjennom spørreundersøkelsen gjennom følgende spørsmål:

I IA-spørreundersøkelsen har vi spurt om arbeidsgiverne spør den ansatte om lege/sykmelder skal innkalles til Dialogmøte 1. Svarene er gitt i neste tabell.

Tabell 4.16 Spør dere den ansatte om lege/sykmelder skal innkalles til Dialogmøte 1? IA-survey, 2012..

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Alltid | 900 | 43 |
| Svært ofte | 392 | 19 |
| Ofte | 325 | 16 |
| Sjelden | 306 | 15 |
| Svært sjelden | 78 | 4 |
| Aldri | 80 | 4 |
| Total | 2081 | 100 |

Det er altså ikke alle som spør den sykmeldte om dette. Mange vi har intervjuet har heller ikke visst at de skal gjøre dette. Når det ikke står i Arbeidsmiljøloven er det lett at ikke arbeidsgiverne (eller arbeidstakerne) ikke får det med seg.

I surveyen vi har gjennomført i 2013 har vi også spurt om den ansatte spørres om lege/sykmelder skal delta på Dialogmøte 1?

Tabell 4.17 Blir den ansatte spurt om lege/sykmelder skal delta på Dialogmøte 1? Survey 2013.

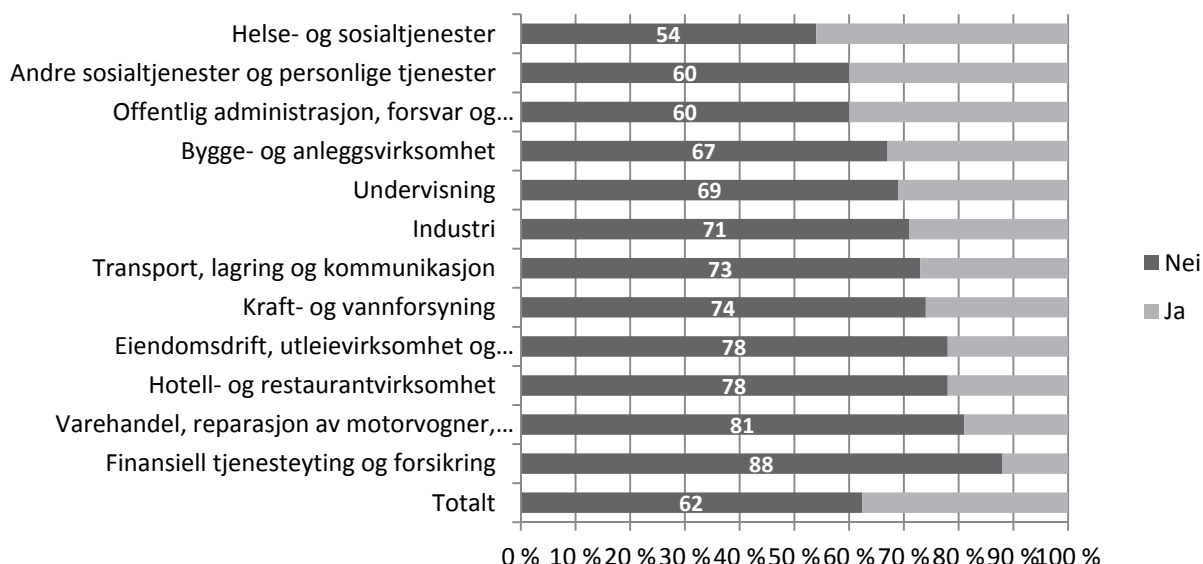
| | Antall | Prosent |
|-----------|--------|---------|
| Alltid | 304 | 33 |
| Av og til | 202 | 22 |
| Aldri | 96 | 10 |
| Vet ikke | 320 | 35 |
| Total | 922 | 100 |

En noe annen skala er brukt (mye kortere og enklere undersøkelse som er gjennomført i 2013) og her svarer hver tredje virksomhet at de alltid spør om den ansatte vil ha med legen. En svært stor andel svarer at de ikke vet dette. Vi ser nærmere på de som svarer at de alltid spør den ansatte (som de alltid skal gjøre jf Protokollen) og finner at det igjen er lite systematiske forskjeller mellom næringer, men at små virksomheter i mindre grad spør den ansatte om de vil ha med legen.

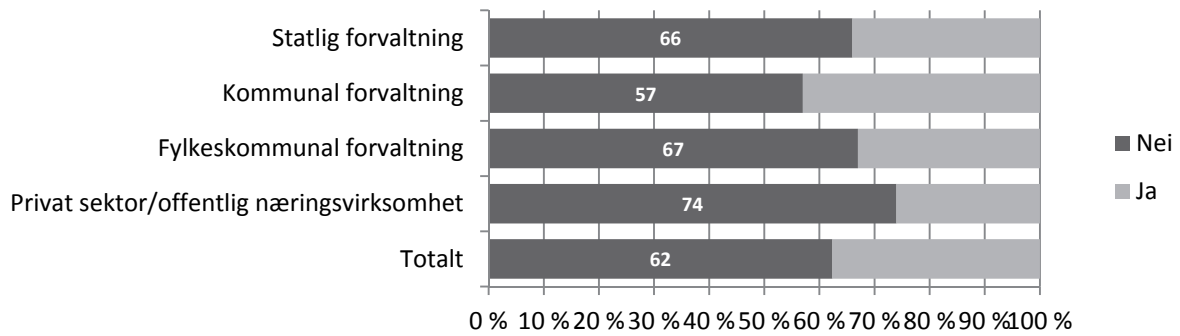
Tabell 4.18 Deltar lege/sykmelder vanligvis på Dialogmøte 1? IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|-----|--------|---------|
| Nei | 1 296 | 62 |
| Ja | 787 | 38 |
| Sum | 2 083 | 100 |

Dette var tidlig 2012. Arbeids- og velferdsdirektoratet har mer presise tall på dette. I vårt utvalg svarer lederne i 38 prosent av virksomhetene at legen vanligvis deltar på Dialogmøte 1. Her er det forskjeller etter næring og det kan se ut som legene deltar mer på dialogmøter i privat sektor enn i offentlig sektor.



Figur 4.14 Deltar lege/sykmelder vanligvis på Dialogmøte 1, næring. IA-survey, 2012.



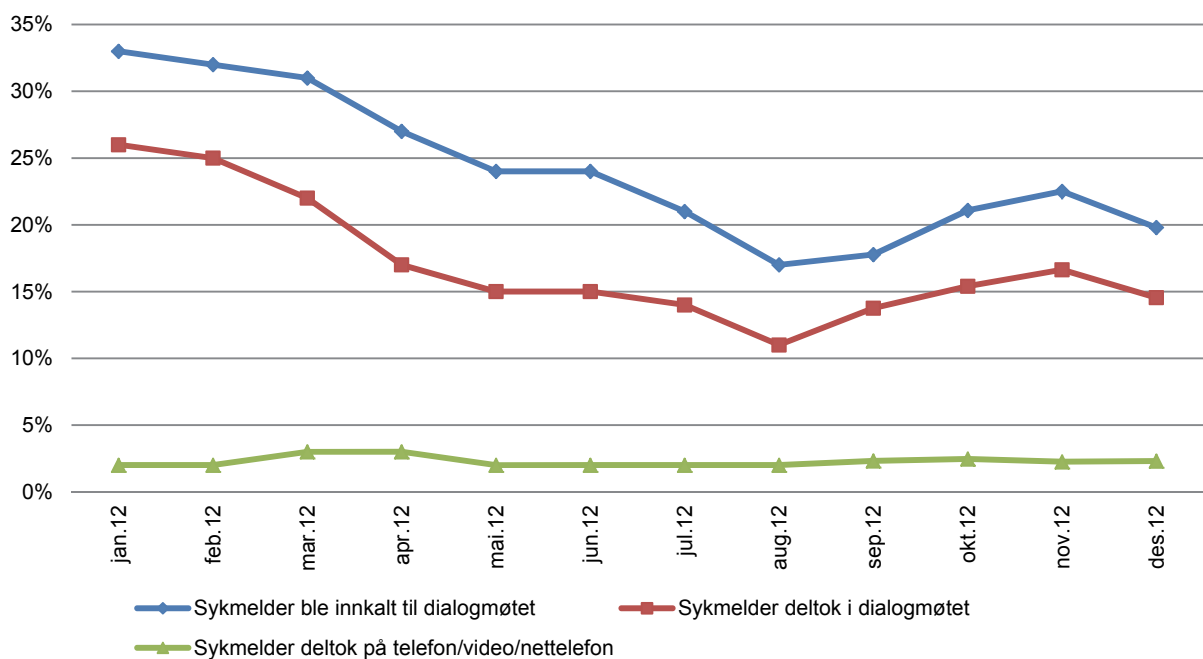
Figur 4.15 Deltar lege/sykmelder vanligvis på Dialogmøte 1, virksomhetsstørrelse. IA-survey, 2012.

Her er det systematisk forskjell mellom kommunal og privat sektor. Vi har også spurt om hva som er årsaken til at legen ikke er med.

Tabell 4.19 Hva som er årsaken til at sykmelder/fastlegen ikke deltar på Dialogmøte 1? IA-survey, 2012.

| | Antall | Andel |
|---|--------|-------|
| Lege/sykmelder er ikke tilgjengelig | 256 | 13 |
| Fordi den sykmeldte ikke ønsker det | 238 | 12 |
| Lege/sykmelder blir ikke innkalt | 151 | 8 |
| De blir innkalt, men har ikke tid til å møte | 564 | 28 |
| Vi har ikke opplevd utfordringer knytte til legens deltakelse | 784 | 39 |
| Total | 1993 | 100 |

Det er altså stor spredning, men blant 2000 virksomheter er det altså 40 prosent som ikke har utfordringer, og 28 prosent som svarer at lege er innkalt, men ikke har tid til å møte.



Figur 4.16 Sykmelders deltakelse i Dialogmøte 1. Andel av antall dialogmøter avholdt.1) Januar-desember 2012. Tall for oktober-desember er foreløpige

Fra nasjonale tall ser vi at det klart er færre som kaller inn legene nå enn tidligere, se figur over. I desember 2012 var legene innkalt i ca 20 prosent av Dialogmøte 1, mens sykmelder deltok i 15 prosent av dialogmøtene. Legen deltar på telefon i ca 2 prosent av Dialogmøte 1. Det var særlig en nedgang i innkallingen og deltakelsen til legen våren 2012. AV-dir konkluderer på følgende måte når de beskriver tallene i årsrapporten. "Rapporteringen til NAV forteller ikke noe om årsaken til at sykmelder ikke er innkalt, og det er vanskelig å vite om deltakelsen kan sies å ha stabilisert seg på et riktig nivå ut fra avklaringer mellom arbeidsgiver og sykmelder."

Nedgangen kan handle om resultatene fra kartleggingen over. De har ikke tid til å komme likevel, så det er ikke vits å kalle de inn. Det er ikke det samme som å si at legene deltar på de møtene de skal delta på – at vi har fått en tilstand der det er balanse i behov fra arbeidsgiver og deltakelse fra legen. AV-dir konkluderer heller ikke med dette: "Rapporteringen til NAV forteller ikke noe om årsaken til at sykmelder ikke er innkalt, og det er vanskelig å vite om deltakelsen kan sies å ha stabilisert seg på et riktig nivå ut fra avklaringer mellom arbeidsgiver og sykmelder."

Fra NAV rapporteringen kommer det frem at 77 prosent av Dialogmøte 1 avholdes på arbeidsplassen. 7 prosent på legekontoret og 3 prosent på NAV-kontoret. I disse tallene foregår 9 prosent på telefon/video/nett-telefon, men dette er nok at en deltar på telefon. Det trenger ikke være legen.

4.3.6 BHT skal delta på Dialogmøte 1

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

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Sykmelder skal delta i møtet med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses hensiktsmessig, jf. folketrygdloven § 25-5 a. Arbeidsgiver skal gi informasjon til Arbeids- og velferdsetaten om oppfølgingsplan og dialogmøtet etter bestemmelsen i folketrygdloven § 25-2 tredje ledd.

I protokollen er det presisert slik:

Der bedriftshelsetjeneste er tilknyttet virksomheten, skal de delta i dialogmøte på arbeidsplassen.

Vi har forsøkt å kartlegge erfaringene med BHT på ulike måter. Både gjennom intervjuer og gjennom IA-undersøkelsen. Det er mye om BHT der, men vi presenterer her resultater fra surveyen som er gjennomført nå i 2013 for å se om det har etablert seg en kultur for å ha med BHT på Dialogmøte 1. Omtrent halvparten av de nær tusen virksomhetene har svart at de har BHT. Av de som har BHT har 19 prosent av virksomheten en egenordning, 38 prosent deltar i en medlemsbasert ordning og like mange i en kundebasert ordning. Fem prosent har en annen ordning.

Vi har spurt om lederne mener det er nyttig at bedriftshelsetjenesten skal delta på alle dialogmøter (jf Arbeidsmiljøloven § 4-6) og har blant annet fått følgende kommentarer:

Det er en generell utfordring å klare å koordinere flere deltakere. Dermed blir prioriteringen å gjennomføre møtet med medarbeider. Helst vil vi ha med alle, men da er det vanskelig å holde tidsfristene. I dag blir det stadigvekk catch22 situasjoner. (Leder i en stor sikkerhetsbasert tjeneste med kundebasert BHT)

Vi har dialog med BHT og inviterer der både de og vi opplever det som hensiktsmessig. (Leder i høyskole med BHT egenordning)

Det er nyttig når det gjelder arbeidsrelatert sykefravær. (Leder i stor virksomhet innen tekniske prøver og analyse, kundebasert BHT)

Ofte er det utredninger og alvorlige diagnoser. Bedriftshelsetjenesten blir passive tilskuere uten noen aktiv rolle. (Leder i stor helse- og sosialtjeneste, medlemsbasert BHT).

Bare ved helt spesielle behov. (Leder ved stort idrettsanlegg, medlemsbasert BHT)

Det varierer. Vi har god og ofte kommunikasjon med de sykmeldte, og det er så langt lite bedriftshelsetjenesten kan hjelpe til med. (Leder ved relativt stor rørprodusent, kundebasert BHT)

Som regel er det ikke behov for at bedriftshelsetjenesten skal delta på dialogmøter, men i noen tilfeller kan det være formålstjenlig at BHT deltar. (Leder i middels stort byggefirma med medlemsbasert BHT)

Dette gjelder spesielt ved nye ledere, eller ved kompliserte, gjentakende fravær. (Leder i stort virksomhet innen utvinning av råolje, BHT egenordning)

Dette viser at det er relativt stor variasjon i hvor nyttig det oppleves å ha med BHT. Vi har derfor forsøkt å kartlegge en fordeling gjennom å spørre lederne mener det er nyttig at bedriftshelsetjenesten skal delta på alle dialogmøter. Svarene er vist i neste tabell.

Tabell 4.20 Mener dere det er nyttig at bedriftshelsetjenesten skal delta på alle dialogmøter? Survey 2013.

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 185 | 40 |
| Nei | 197 | 43 |
| Vet ikke | 81 | 17 |
| Total | 463 | 100 |

Av de som har BHT er det 40 prosent som mener det er nyttig at BHT skal delta på alle møter, mens resten av lederne for det meste mener de ikke skal det. Vi finner ikke tydelige forskjeller mellom virksomhetene verken med hensyn på størrelse eller næring. Større virksomheter har i større grad BHT plikt, og det er også tydelige bransjeforskjeller på hvorvidt de har BHT eller ikke. Dette faller utenfor prosjektets rammer, men noen raske regresjonsanalyser tyder på at det er lite variasjon mellom type ordning virksomhetene har (egenordning, medlemsbasert, kundebasert eller annet) og om de mener BHT skal delta på Dialogmøte 1. Når vi spør generelt lederne om hvordan de mener BHTene sine fungerer i forhold til sykefraværarbeid, er det relativt flere som er fornøyd med de kundebaserte tjenestene (51 prosent) enn de som har egne ordning, medlemsbasert ordning eller annen ordning (47 prosent for alle). Vi kommer tilbake til diskusjonen rundt BHT i kapittel 6.

4.3.7 Innsending til NAV innen ni uker

§ 25-2. Arbeidsgiverens plikt til å føre statistikk over sykefravær, utarbeide oppfølgingsplan og gjennomføre dialogmøte

Senest når arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet i ni uker, skal arbeidsgiver gi skriftlig melding til Arbeids- og velferdsetaten om hvorvidt reglene om oppfølgingsplan og dialogmøte etter arbeidsmiljøloven er overholdt. Det skal også gis opplysninger om sykmelder er innkalt til og har deltatt i dialogmøtet. Arbeids- og velferdsetaten kan bestemme i hvilken form opplysningene skal gis. Arbeidsgiver skal til samme tid sende oppfølgingsplanen til Arbeids- og velferdsetaten.

Arbeidsgiver skal sende oppdatert oppfølgingsplan til Arbeids- og velferdsetaten senest en uke før det avholdes dialogmøter etter folketrygdloven.

Etter krav fra Arbeids- og velferdsetaten skal arbeidsgiver utlevere oppfølgingsplan som eventuelt er revidert etter lovbestemte dialogmøter.

§ 25-3. Gebyr og tvangsmulkt

En arbeidsgiver som ikke oppfyller forpliktelsen etter § 25-1 andre ledd til å gi melding om inntak av arbeidstakere eller opphør av arbeidsforhold, kan ilegges gebyr, tvangsmulkt eller begge deler.

Gebyr kan ilegges når melding ikke er gitt innen den frist som er fastsatt i forskrift. Gebyret skal utgjøre et halvt rettsgebyr for hver melding som ikke er sendt. Ilagt gebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Tvangsmulkt kan ilegges etter at det er sendt purring og gitt en ny frist for å sende meldingen. Det må samtidig gis varsel om at tvangsmulkt vil løpe dersom den nye fristen ikke overholdes. Mulkten skal utgjøre seks promille av grunnbeløpet i folketrygden for hver dag etter utløpet av den nye fristen for hver melding som ikke er sendt.

Ilagt gebyr eller tvangsmulkt kan motregnes i en arbeidsgivers krav etter § 22-3 på refusjon av ytelser etter kapitlene 8, 9 og 14.

Dersom arbeidsgiver ikke innen fristen i § 25-2 tredje ledd har gitt skriftlig melding til Arbeids- og velferdsetaten om at reglene om oppfølgingsplan er overholdt, herunder sendt inn planen, eller gitt melding om at reglene om dialogmøte er overholdt, skal det gis varsel med tre ukers frist for overholdelse av pliktene. Dersom pliktene ikke overholdes innen varslingsfristen, kan Arbeids- og velferdsetaten fatte vedtak om gebyr. Arbeids- og velferdsetaten kan også fatte vedtak om gebyr dersom arbeidsgiver ikke utleverer oppdatert oppfølgingsplan etter innkalling til dialogmøter etter folketrygdloven eller ikke deltar i slike møter, jf. § 25-2 annet og fjerde ledd. Gebyr etter denne paragrafen kan utgjøre seks rettsgebyr for hver unnlattelse. Ilagt gebyr er tvangsgrunnlag for utlegg.

Arbeidsgiver skal i følge dette sende oppfølgingsplan og rapporteringsskjema fra avholdt dialogmøte til NAV senest innen ni uker etter at arbeidstaker blir sykmeldt. Dersom dette ikke gjøres, kan NAV

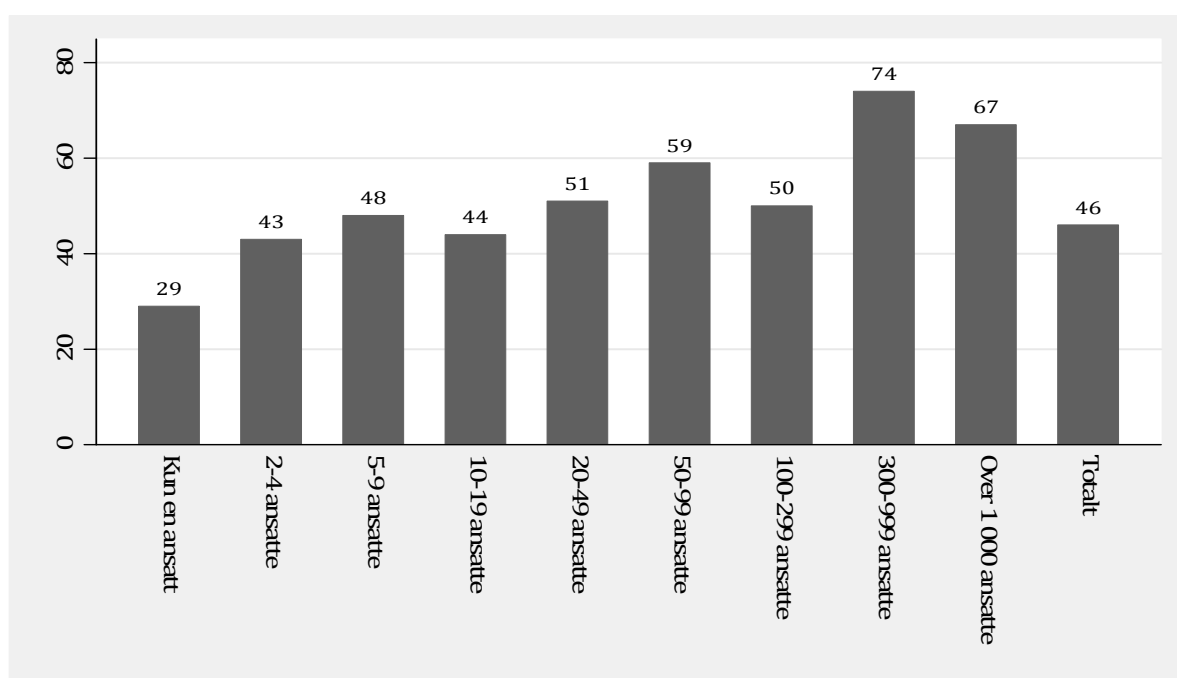
sende varsel om sanksjoner. Hvis arbeidsgiver tross varsel om sanksjoner ikke innen tre uker overholder pliktene, kan det ilegges et gebyr på seks rettsgebyr (6R) for hver overtredelse.

Å sende oppfølgingsplanen til NAV har vært gjort tidligere, så det er aktørene vant til. I kartleggingen i 2013 har vi fått frem noe mer om hvorvidt lederne mener dette er nyttig.

Tabell 4.21 Mener dere det er nyttig at oppfølgingsplanen skal sendes til NAV? Survey 2013

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 414 | 46 |
| Nei | 219 | 24 |
| Vet ikke | 262 | 29 |
| Total | 895 | 100 |

Her er betydelige forskjeller mellom virksomheter av ulik størrelse (se neste figur), men det er ikke systematiske forskjeller mellom næringer.



Figur 4.17 Prosent av ledere som mener det er nyttig at oppfølgingsplanen skal sendes til NAV. Survey 2013

Det er klart mindre støtte til det at de i tillegg skal sende inn et rapporteringsskjema der de, om de skal gjøre det elektronisk, må gå via Altinn.

Jeg har enda ikke testet den elektroniske rapporteringsløsningen. Min id er ikke noe jeg har med meg til daglig og jeg vet ikke hvordan jeg kan logge inn på vegne av virksomheten, og ikke meg selv som privatperson. (Middels stor forlagsvirksomhet)

Det er helt greit å sende oppfølgingsplan til NAV, så lenge rutinene rundt dette er enkelt. (Klesbutikk med mindre enn 20 ansatte)

Det kunne vært en og samme frist (7 uker). Det blir ekstremt mange skjema og tidsfrister. (Stor renholdsvirksomhet)

For mange frister å huske på. Det beste hadde vært om 4 ukers fristen for innsending til lege og NAV var den samme. (Liten skobutikk)

Ikke nyttig i det hele tatt, bare mere arbeid/rapporteringer for arbeidsgiver. (Relativt stort vaskeri)

Eg har alltid sendt oppfølgingsplan til NAV, men har ikkje merka noko i høve til det. Eg kjenner mest på at eg som leiar har fått endå meir å passe på. Det viktigaste er den oppfølginga som skjer på arbeidsplassen, og den hjelp/tiltak eg kan sette iverk sjøl eller via diverse søknadar til NAV. (Barnehage med litt under 20 ansatte)

Ser at fler og fler er tilbake i noe jobb innen denne tiden og at da er det lettere å følge opp og at den sykmeldte kommer fortere tilbake. (Barnehage med nesten 30 ansatte).

Synes det er i overkant av hva som alltid er nødvendig- var greit nok før med planen liggende i personalmappa. (Hjemmehjelpstjeneste med over 100 ansatte)

Det har ikke noe å si for lengden på sykefraværet. Kravet er urimelig og tar for mye tid. Det burde holde og sende inn oppfølgingsplan med ev. tilleggskommentarer og ikke skulle fylle ut et eget skjema i tillegg. (Grunnskole med 40 ansatte)

Det har liten betydning for sykefraværets lengde etter mitt syn så lenge NAV ikke kommer inn i saken før det har gått et halvt år. Min virksomhet forskutterer sykepenger i inntil ett år. Rapporteringskravet holder arbeidsgiver "i ørene" i tilfelle vi ikke har laget oppfølgingsplan, og er slik et effektivt kontrolltiltak mot arbeidsgiver. (Stor fritidsklubb med over 100 ansatte)

Fullstendig overflødig. Det skaper oppgitthet og støy i org. og ledere spør hvorfor man må rapportere at man har sendt oppfølgingsplanen. NAV bør kunne holde styr på det uten å be om ett ekstra skjema. NAVs omdømme svekkes ytterligere når leder har gjort det de skal mht oppfølgingsplanen, men allikevel blir truet med bøter pga manglende rapportskjema. I tillegg er det vanskelig å finne skjemaet på NAVs hjemmeside. (IT-firma med 250 ansatte).

Føler at sykefraværet er like langt uavhengig av plan og rapport. (Grunnskole med 50 ansatte)

Mer generelt om effekten av oppfølgingen:

Det kan vi gjøre, men det har ingen effekt. Dersom en arbeidsgiver ønsker at en arbeidstaker skal komme tilbake når det oppstår sykdom, gjør han alt som må til for at vedkommende skal komme tilbake. Dersom vedkommende ikke har gjort en god jobb og vedkommende har tidligere skapt mye trøbbel gjennom misfornøyde kolleger og foreldre kan man tenke seg hvordan oppfølgingen blir. (Relativt liten ungdomsskole)

Helt greit nå som rutinene er på plass, hindrer oss i å "glemme noen". (Hjemmesykepleie med nesten 100 ansatte)

Det er en grei bevisstgjøring og påminnelse, men har ingen effekt på fravær i omfang eller lengde så langt (Hjemmetjeneste med nesten 50 ansatte)

Nei, gjør ikke det. Det er noen som har sagt til de at Altinn fungerer ikke. Så det at... hva som gjør det vet jeg ikke. Men det har jeg gitt opp. For å si det sann... Første siden er også kodet,

ofte den første som... alt skal til Oslo. System. Men det er jeg tror at det kommer. Skal ikke si at jeg har gitt det helt opp. Men det kommer an på, jeg føler meg ikke sikker på det systemet, for at de har ikke fått det helt til, synes jeg. (leder, privat helseinstitusjon). Etter hvert blir det elektronisk, men det tar sin tid hos oss, og det tar sin tid hos NAV. (Leder, privat helseinstitusjon)

Det synes jo jeg er litt rart, da. For NAV er den parten som de er. Og har den viktige rollen som de har. Det var jeg litt forundret over, at det bare er legen som skal ha, når NAV kommer inn i bildet, har det gått syv uker. Dialogmøte 1, så det er litt med, jeg vet ikke hvorfor det har blitt sånn, men forstår det ikke helt. Det virker ulogisk... Når det er sagt, så tror jeg det er store forskjeller internt i kommunen. Alle sammen er ikke likedan som [NAVN på kvinnelig leder] og følger så godt opp. Så jeg tror det er store variasjoner. Derfor er det viktig når NAV fører kurs som i går, hvordan lage oppfølgingsplaner, for det er klart at det her er ikke enhetslederne sitt fagfelt nødvendigvis. (Leder, kommune)

Blir ofte en gjentakelse av tidligere oppfølgingsplaner, men forstår at det sendes inn. (Hotell med ca. 70 ansatte)

Anser det som unødvendig at man må sende inn rapporteringsskjema, da man sender inn både oppfølgingsplan (4 uker) og referat fra dialogmøte (7 uker). All informasjon som NAV behøver vil framkomme i disse protokollene. (Stort byggefirma)

Burde halda med oppfølgingsplan. Mykje papirarbeid. Kunne vore enklare for dei som jobbar med dette ute på arbeidsplassane. (Offentlig administrasjonstjeneste med ca. 30 ansatte)

Byråkratisk og komplisert. Bruker unødvendig mye tid for å tilfredsstille NAV sine interne krav til behandling. Kan ikke se at innføring av tidkrevende skjemavelde har betydning for fraværslengde. Kommunikasjon med NAV er vanskeligere fordi innsendte papirer ikke har nådd saksbehandler. Behandlingstid hos NAV blir stadig lengre. NAV sine avdelinger er spredd, og det er noen ganger vanskelig å nå "rett person" som kan gi svar på spørsmål. (Stor industribedrift med over 200 ansatte).

Det bidrar til at vi følger opp som beskrevet. Jeg synes det er viktig å sende oppfølgingsplan til NAV, for at de skal være orientert og kunne følge opp. Usikker på betydningen av rapporteringsskjema, for oss betyr det ingen ting. (Videregående skole med nesten 90 ansatte)

Tabell 4.22 Svar på påstand: Virksomheten sender rapporteringsskjema til NAV senest innen 9 ukers sykmelding. IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Alltid | 1171 | 55 |
| Ofte | 715 | 34 |
| Sjelden | 89 | 4 |
| Aldri | 17 | 1 |
| Vet ikke | 129 | 6 |
| Total | 2121 | 100 |

89 prosent av virksomhetene sender stort sett rapporteringen til NAV, men basert på kommentarene fra lederne, er det ikke fordi de mener det har så stor betydning, men fordi de må i følge loven og dersom de ikke gjør det, blir de straffet.

Tabell 4.23 Hvordan synes dere rapporteringen etter 9 ukers sykmelding fungerer nå? Survey 2013.

| | Antall | Prosent |
|--------------|--------|---------|
| Svært godt | 25 | 3 |
| Godt | 146 | 16 |
| Middels | 199 | 22 |
| Dårlig | 90 | 10 |
| Svært dårlig | 58 | 6 |
| Vet ikke | 381 | 42 |
| Total | 899 | 100 |

Men når vi spør om hvordan rapporteringen fungerer nå i 2013, ser det ut som det begynner å gå seg til litt mer uten at vi har en tilsvarende måling i 2012 (se tabell over), men vi hadde et spørsmål som gikk mer på opplevelsen rundt byråkratiet.

Tabell 4.24 De nye reglene bidrar til et alt for byråkratisk system for å følge opp sykmeldt. IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 91 | 4 |
| Delvis uenig | 217 | 11 |
| Verken/ eller | 321 | 16 |
| Delvis enig | 709 | 35 |
| Helt enig | 606 | 30 |
| Vet ikke | 110 | 5 |
| Totalt | 2 054 | 100 |

65 mente i alle fall det var et for byråkratisk system, og om vi leser kommentarene i de åpne feltene fra mer enn 1 500 virksomheter, er det liten tvil om at de sikter til ni ukers-rapporteringen.

4.3.8 Hvem leser det som rapporteres, hva skjer videre

Mange av våre respondenter stiller spørsmål om hvem som leser det de rapporterer:

Det vi stusser på egentlig er vel hvor disse oppfølgingsplanene havner hen. Når vi kommer til dialogmøte to så er det noen som har de med seg og så er det noen som ikke har de med seg, om det blir lest, eller... det er litt sånn som vi sitter med, sant? Vi får aldri noen kommentarer verken fra sykmelder eller fra NAV om, altså, så det er bare at vi har vært der. Det er litt sånn jeg føler det per dags dato. (Leder, sykehjem)

Eg har alltid sendt oppfølgingsplan til NAV, men har ikkje merka noko i høve til det. Eg kjenner mest på at eg som leiar har fått endå meir å passe på. Det viktigast er den oppfølginga som skjer på arbeidsplassen, og den hjelp/tiltak eg kan sette iverk sjøl eller via diverse søknadar til NAV. (Barnehage med rundt 20 ansatte)

Det at oppfølgingsplanen er trukket frem som nyttig at NAV får, gjorde at vi forsøkte å kartlegge dette i den korte surveyen i 2013.

Tabell 4.25 Har dere inntrykk av at NAV leser informasjonen i oppfølgingsplanen? Survey 2013

| | Antall | Prosent |
|----------|--------|---------|
| Ja | 172 | 19 |
| Nei | 197 | 22 |
| Vet ikke | 523 | 59 |
| Total | 892 | 100 |

Dette er relativt representativt for de nesten 2000 virksomhetene som har svart på spørsmål om hvor nyttig de ulike elementene i oppfølgingsplanen er. Det er helt klart svært homogen motstand mot 9-ukersrapporteringen. Vi har foreløpig ikke møtt noen som forsvarer en slik rapportering. Som vi skal se i siste kapittel, ser det heller ikke ut til at NAV-kontorene har særlig nytte av denne rapporteringen.

4.3.9 Deltakelse på dialogmøte arrangert av NAV etter senest 26 uker

NAV skal innkalle til dette møtet. Her skal det foretas vurderinger av hvilke muligheter som foreligger på arbeidsplassen og hvilke alternativer som kan være aktuelle for den sykmeldte ut fra en helsemessig vurdering.

Hvis bedriften er tilknyttet BHT, kan NAV vurdere hvorvidt de bør delta på møtet. Sykmelder eller annet helsepersonell skal delta i dialogmøtet hvis NAV mener det er hensiktsmessig.

Arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder eller NAV kan kreve at det avholdes et nytt dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver.

Tabell 4.26 Gjennomføres Dialogmøte 2 i regi av NAV innen 26 uker? IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|--|--------|---------|
| Ja, med mindre dette antas å være åpenbart unødvendig | 1 235 | 59 |
| Ja, for noen, men ikke for alle med behov for dialogmøte | 297 | 14 |
| Nei, aldri | 36 | 2 |
| Har ikke hatt ansatte som har vært sykmeldt i inntil 26 uker | 436 | 21 |
| Vet ikke | 99 | 5 |
| Total | 2 103 | 100 |

Arbeids- og velferdsdirektoratet har god statistikk på andel av dialogmøter som avholdes, så det har ikke vært viktig å kartlegge her. Vi har heller forsøkt å kartlegge hvem som vanligvis deltar på Dialogmøte 2, på samme måten som det vi gjorde i forhold til Dialogmøte 1. Se neste tabell.

Tabell 4.27 Hvem deltar vanligvis i Dialogmøte 2 sammen med dere? IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent av virksomhetene |
|-----------------------------------|--------|--------------------------|
| Arbeidstaker | 1 770 | 100 |
| Arbeidsgiver | 1 770 | 100 |
| BHT | 604 | 34 |
| Lege | 1 140 | 64 |
| Tillitsvalgt | 129 | 7 |
| Verneombud | 44 | 2 |
| NAV-kontor | 1 115 | 63 |
| NAV Arbeidslissenter (IA-kontakt) | 350 | 20 |
| Antall virksomheter | 1 770 | 100 |

I surveyen i 2013 stilte vi et direkte spørsmål om hvorvidt lederne synes Dialogmøte i regi av NAV var nyttig og svarfordelingen er vist i neste tabell.

Tabell 4.28 Mener dere det er nyttig at det avholdes Dialogmøte 2 innen 26 ukers sykmelding. Survey 2013.

| | Antall | Prosent av virksomhetene |
|----------|--------|--------------------------|
| Ja | 533 | 62 |
| Nei | 99 | 11 |
| Vet ikke | 234 | 27 |
| Total | 866 | 100 |

Det er mange som har sagt i intervjuer at NAV kommer for sent inn. Vi har derfor tatt med dette i kartleggingen i 2013, se neste tabell.

Tabell 4.29 NAV kommer for sent inn (26 uker). Survey 2013.

| | Antall | Prosent av virksomhetene |
|-------------------------|--------|--------------------------|
| Helt enig | 147 | 17 |
| Delvis enig | 182 | 21 |
| Verken enig eller uenig | 246 | 28 |
| Delvis uenig | 57 | 7 |
| Helt uenig | 65 | 7 |
| Vet ikke | 179 | 20 |
| Total | 876 | 100 |

Det er ikke så lett å svare på dette, om det er en liten virksomhet med lite sykefravær. Vi finner at små virksomheter i mindre grad mener NAV kommer for sent inn, men det er ikke lineære sammenhenger.

4.3.10 Sanksjoner fra NAV mot arbeidsgiver

Følgende pliktbrudd kan gi grunnlag for sanksjoner mot arbeidsgiveren i dagens system:

- Manglende overholdelse av plikten til å rapportere til NAV innen 9 uker:
 - Rapporteringsskjema ikke innsendt innen frist
 - Oppfølgingsplan ikke innsendt innen frist
- Dialogmøte 1 ikke avholdt (uten gyldig begrunnelse)
- Oppfølgingsplan ikke utarbeidet (uten gyldig begrunnelse)
- Oppfølgingsplanen eller Dialogmøte 1 er uten reelt innhold
- Manglende overholdelse av plikter knyttet til Dialogmøte 2 og 3:
 - Manglende fram møte til dialogmøte uten gyldig grunn
 - Oppfølgingsplan ikke sendt inn eller levert til dialogmøte

Det er naturlig nok få positive erfaringer med et sanksjonssystem mot arbeidsgiverne:

Så fra første januar i år er det fullt trykk. Vi har ikke noen sanksjoner hos oss, men vi får noe forhåndsvarsel noen ganger. Og ikke fordi vi ikke har gjort jobben vår, men det er fordi det er et tregt system. Og jeg sa det akkurat på møtet til NAV når de var her, i begynnelsen av februar, nei begynnelsen av mars, så hadde altså vi sendt en oppfølgingsplan dit i januar, bare for å beskrive, sant? Og i begynnelsen av mars så får vi forhåndsvarsel på sånn sanksjon på den. Hvor jeg må ringe, og si at den er jo sendt inn for to måneder siden. Og så er det klikking og så får de opp, ja, nei, den er sendt inn. Da kan du bare se bort fra den... sånn holdt på i hele høst, og sånn holder på fortsatt. Så to måneders forsinkelsestid synes jeg er litt mye, da. To uker kan jeg jo være med på, men to måneder, nja. Det sa jeg også i det møtet, da kan du gi tilbakemeldinger. Så de er kjappe med å sende ut når de skal ha noe. Ja. Unnskyld.

Altfor stramt, men det bidrar nok til planmessighet i organisasjonen. Men det bidrar også til at nav oppleves som mer sanksjonerende enn samspillende for felles resultat. (Grunnskole med ca. 50 ansatte)

Dette er et typisk eksempel på at det er NAV-kontoret som får tilbakemeldingen. Vedkommende leder ringte til det lokale NAV-kontoret og ikke til NAV Hamar AA-registeret – som er de som sender ut varsel om sanksjoner og sanksjonene. Vi kommer tilbake til dette i siste kapittel.

I 2012 spurte vi IA-virksomhetene om i hvilken grad de var enige i at følgende sanksjonsregler kan benyttes: mot arbeidsgiver, mot leger, mot arbeidstaker.

Tabell 4.30 Grad av enighet: At arbeidsgivere som ikke avholder dialogmøter, sender rapporteringsskjema og oppfølgingsplan til NAV risikerer å få bot? IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 390 | 22 |
| Delvis uenig | 313 | 17 |
| Verken/ eller | 260 | 14 |
| Delvis enig | 525 | 29 |
| Helt enig | 323 | 18 |
| Total | 1811 | 100 |

Det er altså en del arbeidsgivere som synes at sanksjonsregimet er helt på sin plass og mener dette er riktig måte. Som si ser i fra tabellen under, er det enda flere som er enig i sanksjonene mot legen.

Tabell 4.31 Grad av enighet: At leger som ikke møter på dialogmøter risikerer å få bot eller å miste retten til å sykmelde? IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 290 | 16 |
| Delvis uenig | 225 | 12 |
| Verken/ eller | 316 | 17 |
| Delvis enig | 552 | 30 |
| Helt enig | 431 | 24 |
| Total | 1814 | 100 |

Som vist i neste tabell er det en enda større andel av arbeidsgiverne som mener sanksjoner mot arbeidstakerne er viktig.

Tabell 4.32 Grad av enighet: At de ansatte som ikke bidrar i utvikling og gjennomføring av oppfølgingsplanene, kan miste retten til sykepenger? ? IA-survey, 2012.

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 103 | 6 |
| Delvis uenig | 123 | 7 |
| Verken/ eller | 194 | 11 |
| Delvis enig | 647 | 36 |
| Helt enig | 739 | 41 |
| Total | 1806 | 100 |

I 2013 har vi spurt om virksomhetene opplever NAV som en kontrollør og svarfordelingen er vist i neste tabell.

Tabell 4.33 Påstand: NAV oppleves som en kontrollør. Survey 2013.

| | Antall | Prosent |
|-------------------------|--------|---------|
| Helt enig | 193 | 22 |
| Delvis enig | 229 | 26 |
| Verken enig eller uenig | 160 | 18 |
| Delvis uenig | 70 | 8 |
| Helt uenig | 68 | 8 |
| Vet ikke | 157 | 18 |
| Total | 877 | 100 |

Det er altså over halvparten av virksomhetene som opplever NAV som en kontrollør. Det er likevel mange som opplever NAV som en samarbeidspart, se neste tabell. Dette viser at NAV har begge rollene, men om NAV skal klare å gjøre oppgavene knyttet til inkludering (for eksempel av unge arbeidstakere som ikke finner seg en jobb på egenhånd), vil de være avhengig av et godt forhold til arbeidsgiverne.

Tabell 4.34 Påstand: NAV oppleves som samarbeidspart. Survey 2013.

| | Antall | Prosent |
|-------------------------|--------|---------|
| Helt enig | 71 | 9 |
| Delvis enig | 187 | 23 |
| Verken enig eller uenig | 186 | 22 |
| Delvis uenig | 130 | 16 |
| Helt uenig | 101 | 12 |
| Vet ikke | 153 | 18 |
| Total | 828 | 100 |

Om NAV blir kontrollør og skal kontrollere og utføre sanksjoner knyttet til arbeidsmiljøloven i tillegg til folketrygdloven, kan dette bli utfordrende om virksomhets- og markedsfokus som NAV satser på skal lykkes. Ut i fra våre undersøkelser (se også kapitlet om NAV) er det dermed to store negative konsekvenser av sanksjonene:

- NAV blir kontrollorgan heller enn samarbeidsetat for arbeidsgiverne
- Bryet og arbeidet med sykmeldte blir så stort at det er best å ikke ha folk som kan bli sykmeldt eller å bli kvitt de som viser tendenser til at de kan komme til å trenge mye ressurskrevende oppfølging.

En leder oppsummerer dagens system på følgende måte:

Oppfølgingsmessig så er det veldig utfordrende på en del områder. Nummer en er at du nå får bot eller type sanksjoner hvis du ikke følger reglene eller leverer skjema og dokumentasjon i tide. Utfordringa ligger som nummer to i at en lege sykmelder som regel for fjorten dager. Så du vet ikke hva som kommer de neste fjorten dagene. Så er det et krav om at etter fire uker skal du ha en oppfølgingsplan, etter syv uker skal det være dialogmøte. Så har du kanskje vært sykmeldt i fem uker. Så vet vi ikke om det blir to uker til, så blir det da to uker til, og da ser vi at nå må det et dialogmøte til. Og så ringer du legen og skal ha dialogmøte. «Nei, jeg har venteliste på fem-seks uker. Jeg kan ikke ha et dialogmøte, har ikke tid til det før om kanskje en måned frem i tid». Da har vi allerede brutt den plikten vår til å levere inn dokumentasjon etter syv uker. Og da kommer vi i dette grenselandet for når tid får vi en sanksjon som arbeidsgivere. Selv om vi i utgangspunktet kan ikke planlegge så mye langt fram i tid fordi vi sitter faktisk bare med en sykmelding som ikke går så langt fram i tid. Så dette er noen utfordringer, jeg vil tro at NAV også merker de utfordringene. Hvordan skal vi stille oss til det her? Mye går på standarder og datoen er der, det sendes ut brev... Det spys ut en hel masse pålegg og så må man kanskje begynne å gå tilbake, reversere prosesser, så det er veldig arbeidskrevende egentlig, med det nye systemet. (Leder fylkeskommunal virksomhet)

4.3.11 Overordnede konsekvenser av oppfølgingsregimet

Vi har gjennom flere år påpekt at et veldig sterkt fokus på sykefravær fører til at arbeidsgiverne blir restriktive med å ansette personer de mener kan komme til å ha et høyt sykefravær (se Ose et al., 2012; Ose et al., 2011). Når vi har spurt ledere og arbeidsgivere om dette, har noen vært veldig klar på at det er slik. En rådmann i en kommune sa det slik:

Det er klart det påvirker hvem vi ansetter! Jo større kostnader sykefraværet har, jo viktigere blir det at de vi ansetter har god helse. (Rådmann, relativt stor kommune)

En enhetsleder sa det slik:

Jeg er nok ikke like villig til å ta inn folk på utprøving fra NAV som tidligere nå når lavt sykefravær er det eneste som teller i kommunen. (Virksomhetsleder, kommunal helseenhet)

Mens en annen sa det slik:

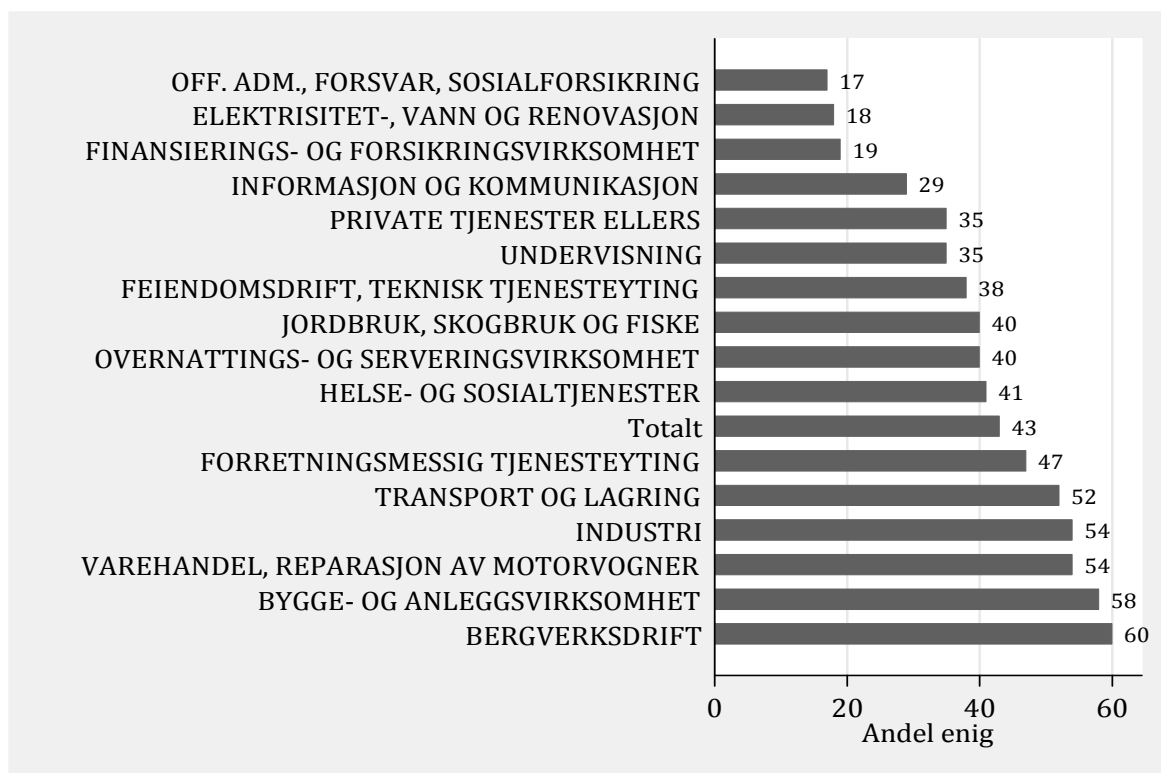
Mindre fokus på sykefravær hadde gjort det mulig å oppnå mer på delmål to og tre i IA-avtalen. (Leder ved stort sykehjem)

Vi har derfor forsøkt å kartlegge dette gjennom surveyen vi hadde nå i 2013. Svarene er vist i neste tabell.

Tabell 4.35 Reglene rundt oppfølging av sykmeldte gjør at vi har blitt mer restriktive på hvem vi ansetter. Survey 2013.

| | Antall | Prosent |
|-------------------------|--------|---------|
| Helt enig | 203 | 24 |
| Delvis enig | 159 | 19 |
| Verken enig eller uenig | 185 | 22 |
| Delvis uenig | 63 | 7 |
| Helt uenig | 162 | 19 |
| Vet ikke | 70 | 8 |
| Total | 842 | 100 |

Nesten hver fjerde leder svarer at de er helt enig i at reglene har gjort at de har blitt mer restriktive på hvem de ansetter og ytterligere 20 prosent er delvis enig i dette. Dette betyr at vi har en situasjon der 43 prosent av lederne for nær 850 ledere sier at oppfølgingsreglene påvirker inkludering. Vi finner ingen systematikk i forhold til størrelse på virksomhetene, men det er større variasjoner etter næring, se neste figur.



Figur 4.18 Prosent av ledere som er helt eller delvis enig i at reglene rundt oppfølging av sykmeldte gjør at de har blitt mer restriktive på hvem de ansetter. Survey 2013

Det ser altså ut til at det er i privat sektor reglene påvirker inkluderingen mest, men det er 40 prosent av lederne innen helse- og sosialtjenester som er enig i dette. For de som står utenfor arbeidslivet og har helseproblemer, eller for de som har problemer med å skaffe seg en jobb (for eksempel unge som har avsluttet videregående uten å fullføre), kan arbeidsgivernes holdning til inkludering ha avgjørende betydning for om de kommer inn i arbeidslivet.

4.4 Oppsummering

Arbeidsgiverne ser generelt stor nytte av å ha gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte, men de små virksomhetene som har få ansatte, lite sykefravær og tett kontakt med arbeidstakerne, mener de har mindre behov for formelle system og rutiner.

Mange arbeidsgivere opplever at dagens oppfølgingsregime inneholder elementer som ikke er viktig eller nyttig, og at de pålegges større ansvar og plikter enn det som er rimelig. Det er få arbeidsplasser som har økonomiske rammer til å bruke ubegrenset med ressurser på å holde folk i arbeid.

Sett fra arbeidsplassen side vil det å utarbeide oppfølgingsplan innen 4 ukers varighet på sykmeldingen være en fornuftig regel, selv om det er mange arbeidsgivere som ikke har særlig tro på dette virkemiddelet. Mange ledere gir uttrykk for at de kunne ønske at de slapp å følge opp sykmeldte i det hele tatt, men de aller fleste ledere mener dette er en viktig del av deres personalansvar. For å sikre at alle sykmeldte blir tatt vare på og blir prioritert av sin arbeidsgiver bør utarbeidelse av oppfølgingsplanen være obligatorisk og lovbestemt i arbeidsmiljøloven som i dag. To av tre ledere ser ut til å være enig i dette.

De fleste arbeidsgivere og arbeidstakere har godt utbytte av å utarbeide oppfølgingsplanen – og det forplikter begge parter. Oppfølgingsplanene bør forenkles slik at det ikke tar uforholdsmessig lang tid å skrive dem og de bør kanskje i større grad bli et dynamisk dokument. Oppfølgingsplanen bør fortsatt sendes til legen, arbeidsgiverne har ikke særlige motforestillinger mot dette, men de er usikre på hvorvidt legen leser planene de sender. Som vi skal se i neste kapittel er det heller ikke alle legene som bruker oppfølgingsplanene i dialogen med de sykmeldte.

Å avholde dialogmøte er ressurskrevende dersom arbeidsgiver skal kalle inn både bedriftshelsetjenesten (BHT) og legen. Mange arbeidsgivere mener det er nyttig at legen deltar på dialogmøter. Begrunnelsen er ofte at legen bør delta for å lære om tilretteleggingsmulighetene i virksomheten. En stor andel av virksomhetene spør ikke den ansatte om de ønsker at lege/sykmelder skal innkalles til dialogmøte. At BHT skal delta fast på dialogmøtet på arbeidsplassen senest innen syv ukers sykmelding oppleves ikke av alle som en riktig prioritering, og det er også mange som ikke kaller dem inn fordi det ikke oppfattes som viktig. Det er ikke knyttet sanksjoner til BHT sin deltakelse i dialogmøtet og mange har funnet ut at det er heller ingen som spør om BHT deltar. De unnlater derfor å kalle inn og bruker BHT heller når det er behov for det. Det er ikke grunnlag for å si at BHT sin deltakelse er så viktig at det skal være lovbestemt å ha med BHT på møtet.

Dialogmøte 2 i regi av NAV oppleves også som viktig for mange arbeidsgivere, men det er et flertall av arbeidsgiverne mener dette er for sent for NAV å komme på banen.

Det er stor motstand mot rapporteringen som gjøres i uke ni til NAV. Selv om mange opplever at det er fornuftig å sende oppfølgingsplanen til NAV, er det få som har noe positivt å si om niukers-rapporteringen. Færre enn hver femte leder svarer at rapporteringen etter ni ukers sykmelding fungerer godt i mars 2013. Det var altså ikke bare innkjøringsproblemer i 2012 som var utfordrende, men det er selve rapporteringen. Selv om mange arbeidsgivere synes det er greit at de som følger opp får sanksjoner mot seg, har reglene og regimet rundt oppfølging av sykmeldte større konsekvenser. NAV har rolle både som en kontrollør av at arbeidsgiverne gjør det de skal i følge lovteksten når folk blir sykmeldt, men de har også en viktig rolle i det større integreringsarbeidet. Da skal arbeidsgiverne være en viktig samarbeidspartner. Mange arbeidsgivere opplever ikke NAV som en samarbeidspartner i dag, og dette reduserer mulighetene for at virksomheter skal være positive i inkluderingsarbeidet. 43 prosent av ledere i et utvalg på 850 virksomheter sier at reglene rundt oppfølging av sykmeldte gjør at de har blitt mer restriktive på hvem de ansetter. Arbeidsgivernes holdning og innstilling vil være avgjørende for å få til et inkluderende arbeidsliv, og dette er hovedargumentet for at reglene rundt oppfølging av sykmeldte og fokuset på sykefravær bør endres.

5 Legenes erfaringer

5.1 Innledning

I rapporten fra 2012 gikk vi grundig inn på legens rolle i sykmeldingsarbeidet (se Ose et al., 2012). Legene skal etter regelendringene 1. juli 2011 i større grad involveres i sykmeldingsarbeidet, og særlig er det forventet økt kontakt og dialog mellom arbeidsgivere og leger. Legene skal blant annet delta på dialogmøter med arbeidsgivere (uten NAV), og de skal motta oppfølgingsplaner som arbeidsgiver og arbeidstaker utarbeider. Vi så sist på kunnskapsgrunnlaget for denne endringen og vurderte om legeressursene kunne brukes på en bedre måte enn det som gjøres i dagens system.

Vi gikk gjennom forskningslitteraturen (se også kapittel 7.2 der vi på nytt har gått gjennom litteraturen), og konkluderte med at det fantes svært lite forskning på samarbeid mellom leger og andre aktører i sykmeldingsarbeidet, og særlig ser samarbeid mellom arbeidsgivere og leger ut til å være et ikke-tema i litteraturen. Som vi skal komme tilbake til i diskusjonen, er det naturlige grunner til dette. På de neste sidene har vi tatt med oppsummeringen som vi gjorde i prosjektet om gradert sykmelding, der forholdet mellom leger og arbeidsgivere var et eget tema – ikke bare i forhold til gradert sykmelding. Resten av kapittel 5.1 er altså konklusjonene vi gjorde om legens rolle i sykefraværsarbeidet i rapporten som ble ferdigstilt tidlig i 2012.

Ja, legene vet lite om virksomhetene

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

Legene mener det tilrettelegges for lite

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

Funksjons- og arbeidsevnevurdering er vanskelig, pasienten bestemmer

Forskning viser at leger generelt synes funksjonsvurdering og arbeidsevnevurdering er vanskelig, og kanskje kommer dette av at de i liten grad har formell opplæring på dette i legeutdanningen. Det har også sammenheng med at de i liten grad kjenner til hva som kreves på den enkeltes arbeidsplass.

Dette gjør derfor at legene ofte er usikre i sykmeldingssaker, og at det i stor grad blir opp til pasienten om han eller hun skal sykmeldes eller ikke.

Forventninger fra den ansatte/pasienten

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

Fri flyt av helseinformasjon og diagnose

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

Hva er alternativet til sykmelding?

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

I andre tilfeller kan det være forhold på arbeidsplassen som er årsaken til at den ansatte går til legen og ber om en sykmelding. Legen vil i disse tilfellene vurdere helsekonsekvensene av å ikke sykmelde,

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

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

Regelendringene 1. juli 2011 gir et altfor byråkratisk system

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

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

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

At arbeidsgiverne skal sende oppfølgingsplanen til legene er også nytt fra 1. juli 2011. Dette kommer foreløpig på papir og passer dårlig med systemene på legekantorene. Det er ikke opplagt at planene

benyttes i neste møte med pasienten, men dette er det godt mulig å finne løsninger på. Flere leger sier at planen burde kommet "med pasienten". Vi har foreløpig ikke grunnlag for å si noe om hvordan legene nyttiggjør informasjonen som kommer i de tilsendte oppfølgingsplanene.

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

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

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

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

Store forventninger til kommunikasjon mellom leger og arbeidsgivere

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

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

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

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

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

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

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

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

I dag får i praksis NAV oversendt alle sykmeldinger på samme måte. De må gjøre en sortering av disse i forhold til prioritering, tiltak og hvordan tiltakene skal iverksettes. I dag er det NAV som i stor grad gjør denne prioriteringen. Spørsmålet er om det er NAV som er best i stand til å gjøre disse

vurderingene. Flere av våre respondenter mener den medisinske kompetansen i NAV må økes. Er dette en riktig utvikling, eller kan legene i større grad bidra til denne sorteringen, og dermed redusere dobbeltarbeid med sykmeldingene? Sannsynligvis er fastlegene godt i stand til å vurdere hvilken type oppfølging den enkelte sykmeldte trenger, og kan for eksempel gi melding til NAV om dette er et tilfelle som går av seg selv uten behov for tiltak (hverken fra NAV eller andre), eller om dette er noe arbeidsgiveren bør kunne klare å tilrettelegge for (kanskje med bistand fra NAV). Dette er allerede forsøkt i et prosjekt i Larvik som kalles 1-2-3-4 (samarbeid mellom NAV lokalt, leger og NAV ALS) der legen på en enkel måte krysser av for 1, 2, 3 eller 4, der tallkoden viser følgende situasjon:

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

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

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

Arbeidsgiverne vil fortsatt ha behov for kontakt med legene, og legene bør derfor i større grad benytte avventende sykmelding, gradering av sykmeldingene og ikke minst bør de fylle ut punkt fem på sykmeldingsblanketten. Dette kan også få legen til å bli mer bevisst arbeidsgivernes behov, uten at en kanskje trenger å skrive annet enn forventet varighet på helseproblemene. Om legen får mulighet til å bruke et system som 1-2-3-4 eller liknende i sin kommunikasjon med NAV, og dette følges opp av NAV, så vil det i mindre grad komme gjengangere med stadige behov for nye sykmeldinger. Sakene kan få en løsning. Der det er behov, og legen føler han eller hun har noe å bidra med, bør legen delta

på dialogmøte. Arbeidsgiverne på sin side bør kommunisere med legen gjennom feltet på baksiden av del C av sykmeldingsblanketten. Dette er en ryddig form for kommunikasjon, der pasienten er til stede og ser hva som skrives. Om ikke legene møter arbeidsgivernes behov for denne kommunikasjonen, må de forvente fortsatt stort behov fra arbeidsgiverne om kontakt med legen som sykmelder deres ansatte. Diskusjon om hvilke helseopplysninger som gis direkte og indirekte via denne kommunikasjonen, bør diskuteres på et høyere nivå.

5.2 Tidligere forskning

I dette kapitlet går vi gjennom tidligere forskning på leger og sykmeldingspraksis. Gjennomgangen av legens rolle som sykmelder er basert på norsk og internasjonal litteratur. Forskingen på feltet stammer i hovedsak fra Skandinavia, og da særlig Sverige, selv om det de siste årene har det også kommet studier fra land som Irland, Polen og Finland, og Storbritannia i forbindelse med innføringen av såkalt "fit-note", eller arbeidsevnevurdering.

5.2.1 Legens rolle som sykmelder

Tall fra NAV viser at siden avtalen om Inkluderende arbeidsliv ble inngått i 2001 har det legemeldte, sesongjusterte sykefraværet i Norge gått ned fra 6,7 prosent (4. kvartal 2001) til 5,6 prosent ved utgangen av 2012 (4. kvartal) (Sundell 2012). I det sykefraværsforebyggende arbeidet har en grunnleggende antakelse vært at aktivitet er bra for den sykmeldte. Denne tankegangen har gjenspeilet seg i de politiske endringene som er gjort de siste 20 årene både i Norge og andre deler av Europa. Dette synet har ført til en økning i bruken av graderte sykmeldinger, i takt med at bruken av aktiv sykmelding har blitt faset ut og avvirket helt i 2011. Siden 1989 har bruken av graderte sykmeldinger doblet seg. (Brage et al. 2011). Kvinner, og særlig gravide, har oftere gradert sykmelding. Gradering er også vanligere ved lange fravær. Kun 2,2 prosent av fraværet på 1-16 dager var gradert, mens 57 prosent av sykefraværet på over 90 dager var gradert i en eller flere perioder. Gradert sykmelding er mest vanlig i forbindelse med svangerskapslidelser, angst og depresjon, andre psykiske lidelser, og ryggplidelser og andre muskel- og skjelettlidelser (ibid). En studie av effekten av gradert sykmelding for sykefraværet i Norge 2002-2010 konkluderer med at gradering er forbundet med en reduksjon i sykefraværet. Denne effekten var imidlertid mindre enn økningen i graderingsandelen etter sykmeldingsreformen i 2004 (Kann et al. 2012).

Omtrent 80 prosent av alle sykmeldinger skrives ut av fastleger (Brage og Kann 2006).⁹ Norske fastleger har dermed en sentral rolle i sykmeldingsarbeidet. I det følgende går vi gjennom sentrale forhold i allmennlegers sykmeldingspraksis. Vi går først gjennom variasjoner i sykmeldingspraksisen, og ser spesielt på vurderingen av funksjonsevne, som er viktig særlig i forhold til bruken av graderte sykmeldinger. Vi går deretter gjennom tiltak som forventes å påvirke legenes sykmeldingspraksis, slik som regelendringer og opplæring. Deretter ser vi nærmere på hvordan sykmeldingsarbeidet oppleves av fastlegen. Her blir dobbeltrollen som pasientens advokat og portvakt for økonomiske ytelser diskutert. Når legen har rollen som sykmelder og portvakt, ligger det forventninger om at legen skal hindre misbruk av sykelønnsordningen. Denne konflikten blir spesielt tydelig i tilfeller der pasientens plager ikke støttes av klare medisinske funn, og i tilfeller der legen er usikker på hva som objektivt sett er best for pasienten. Til slutt ser vi på legens forhold til andre aktører i systemet. Her står kommunikasjon med pasienten og samarbeid med NAV og arbeidsgivere sentralt.

⁹ De resterende attesteres av privatpraktiserende spesialister, sykehusleger og andre sykmeldere (Brage og Kann 2006).

5.2.1.1 Variasjoner i sykmeldingspraksisen

Det er uklart i hvilken grad kjennetegn ved fastlegen påvirker sykmeldingspraksisen. Ifølge en utredning fra Rikstrykdeverket (RTV-rapport 5/2006 og RTV-rapport 6/2006) basert på registerdata, er det klare forskjeller mellom menn og kvinner, og sykmeldingspraksisen varierer med arbeidssituasjon. Kvinnelige fastleger sykmeldte sjeldnere enn mannlige fastleger, og de var raskere til å friskmelde sine pasienter. De skrev også ut flere graderte sykmeldinger. Resultatene viste også at leger med stor praksis skriver ut flere sykmeldinger enn praksisstørrelsen skulle tilsi. Også legenes alder spilte en rolle. Med stigende alder skrev legene ut flere sykmeldinger, friskmeldte senere og brukte mindre gradert sykmelding. Dette gjaldt imidlertid ikke for leger over 60 år.

I en artikkel som benytter administrative register (kobling mellom lege-pasient data) for 627 leger med tilhørende 348 054 pasienter i Oslo og Bergen i 2006, finner man ikke noen sammenheng mellom legens kjønn og antall sykefraværsgener blant pasientene (Winde et al. 2011). Ifølge denne studien har verken legens alder eller listestørrelse særlig betydning; det er kjennetegn ved pasientene som er det viktigste for sykmeldingsmønsteret som observeres blant legene. En annen studie, der 53 allmennleger registrerte alle sykefraværstilfellene sine i løpet av en to-ukersperiode i Sverige, fant at pasientene hadde sterk innflytelse på sykmeldingspraksisen (Englund og Svärdsudd, 2000). De fant også at kvinnelige leger sykmeldte oftere enn sine mannlige kolleger, og at kvinner oftere fikk graderte sykmeldinger. Det samme gjaldt eldre. De hadde også lengre sykmeldingsperiode. Motsatt fant Bremander et al. (2012) at kvinnelige leger sykmelder litt færre pasienter enn mannlige leger. Denne studien var basert på surveydata fra svenske fastleger i 2007 og 2009.

En norsk artikkel ser nærmere på holdninger til sykmeldingsarbeidet (Gulbrandsen et al., 2007). Forskerne gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant over 300 allmennleger. De fant at legene kunne klassifiseres i fire grupper etter ulike kjennetegn. Leger som ikke syntes sykmelding var en byrde, var lite i tvil, og syntes de var strenge og hadde høy kompetanse utgjorde 12 prosent av legene. En annen, like stor gruppe hadde helt motsatt kjennetegn. En tredje gruppe på 32 prosent av legene var tydeligst karakterisert ved at de mente sykmelding var relevant bare ved biomedisinsk veldefinerte tilstander, mens den siste gruppa (44 prosent) representerte gjennomsnittet uten klare kjennetegn. Interessant nok finner de ingen systematisk variasjon mellom gruppene når det gjelder antall sykmeldinger per uke. Det ser altså ikke ut til å være noe samsvar mellom holdninger til sykefraværarbeid og egenvurdert kompetanse og sykmeldingstilbøyeligheten. Dette er også i tråd med funn fra et tidlig arbeid fra Norge (Tellnes et al., 1990).

En norsk studie konkluderer med at trekk ved fastlegen har marginal betydning på varigheten på sykmeldinger utover 16 dager (Aakvik et al., 2010). De finner at varigheten på sykmeldingene i all hovedsak påvirkes av individuelle forhold hos pasienten, selv om mye av variasjonen her ikke kan forklares med observerbare kjennetegn. Diagnose, yrke, utdanning og antall barn er de viktigste faktorene, mens kjennetegn ved fastlegen og kommunen vurderes til å ha liten påvirkning. Konklusjonen her er at det er pasientene selv som bestemmer om de vil sykmeldes og at legen dermed i stor grad fungerer som pasientenes advokat.

En britisk studie kommer til motsatt konklusjon. Morris and Watson (2011) ser på hva som forklarer sykmelding av britiske pasienter med smerter i korsryggen, og trekker inn kjennetegn ved både pasient og lege. Ifølge denne studien har leger med lang erfaring i allmennpraksis flere sykmeldte

pasienter, mens de som selv har hatt ryggproblemer skriver ut færre sykmeldinger. Leger som mener at ryggproblemer oftere har psykososiale årsaker skriver også ut færre sykmeldinger.

I en finsk studie av sykmeldingspraksisen til leger i primærhelsetjenesten ble legene bedt om å vurdere 19 forskjellige pasientcase i et spørreskjema. Hensikten med studien var å vurdere effekten av trekk ved legen og ved lokale forhold på sykmeldingspraksis. Konklusjonen her var at spesialister skriver ut kortere sykmeldinger, mens leger som er direkte ansatt av helsemyndighetene skriver ut lengre sykmeldinger. Alder, kjønn og yrkeserfaring hadde ingen signifikant effekt (Kankaanpää, Franck, and Tuominen 2012).

I en britisk studie sammenligner Hussey et al. (2010) hvordan bedriftsleger og allmennpraktikere vurderer yrkesrelatert sykdom. De finner at det ikke er noen store forskjeller mellom de to gruppene. Begge grupper rapporterer om muskel- og skjelettlidelser og psykiske problemer som de vanligste sykdommene.

Flere studier trekker fram effekten av tid. Knapp tid ved vanskelige tilfeller ser ut til å føre til flere sykmeldinger (Nilsen et al. 2011; Aamland, Malterud, and Werner 2012). Bremander og kolleger (2012) finner at leger som oppgir at de sjelden eller aldri har mulighet til å sette av mer tid ved vanskelige sykmeldingstilfeller, sykmelder flere pasienter enn de som oppgir ofte eller alltid å ha muligheten til å sette av mer tid til å vurdere en pasient.

Ekspertutvalgets rapport fra 2010 ser nærmere på tall fra NAV og bruken av gradert sykmelding blant 4 219 leger med betydelig sykmeldingspraksis.¹⁰ Av alle sykmeldingene i dette utvalget var 18,8 prosent gradert, og gradering var vanligere når sykmeldingsperioden samlet hadde vart i åtte uker enn før dette. De finner at bruken av gradert sykmelding varierer svært mye mellom leger, men ikke så mye mellom diagnoser, og i rapporten påpeker de at det neppe er utelukkende medisinske grunner til denne forskjellen. Ekspertgruppen mener denne store variasjonen vitner om et betydelig potensial for endret praksis blant legene.

Basert på registerdata fra 2001 til 2005 for alle sykmeldinger i landet koblet med informasjon om fastlegene, undersøkes en rekke forhold ved sykefraværet (Markussen et al., 2010). Denne studien konkluderer med at det meste av variasjonen i sykefraværet skyldes at arbeidstakere er forskjellige (heterogenitet). I motsetning til Aakvik et al. (2010) finner de en viss effekt av hvem den sykmeldte har som fastlege. De konkluderer dermed med at sykmeldinger kommer ofte av andre grunner enn sykdom. De fant også at folk har mye høyere sannsynlighet for å bli friskmeldt rett før sykepengerettighetene utløper.

NAV har sett nærmere på de fylkesvise forskjellene i varigheten i sykefravær innenfor samme diagnose (Helde et al., 2010). De finner store fylkesvise forskjeller i varigheten i sykefraværet innenfor samme diagnose og bruken av gradert sykmelding. I Rogaland utgjør tilfeller med gradert ytelse 13 prosent, i Vestfold er andelen 19 prosent. Studien tar utgangspunkt i data fra 2008, hvor en av seks sykefraværestilfeller var gradert. Gjennomsnittlig varighet uten gradering var 25 dager, mens gjennomsnittlig varighet for gradert sykmelding var 116 dager. Bruken av gradering varierer naturligvis mellom diagnosegrupper, og dette forklarer mye av forskjellen i varighet mellom gradert

¹⁰ Betydelig sykmeldingspraksis vil i dette tilfellet være de legene som i liten grad benytter gradert sykmelding og de av legene som benyttet gradert sykmelding oftest.

og ikke-gradert sykefravær. Innenfor de fleste enkeltdiagnosene finner de også at gruppen med gradert ytelse har vesentlig lengre fravær enn gruppen med full sykmelding og at det er betydelig geografisk variasjon i varighet. De konkluderer med at den store variasjonen innen en og samme diagnose peker i retning av at det er forhold utover selve sykdommen/diagnosen som varierer. En svensk studie basert på fire måneders sykmeldinger i 1995 og to måneders i 1996 (nær 60 000 sykmeldinger), finner at lokale strukturer er viktig for å forklare fylkesvis og geografisk variasjon i lengden på sykefraværstilfellene (Arrelöv et al., 2005). Studien finner sterke korrelasjoner mellom lokale forhold som kommunestørrelse, nærhet til sykehus og gjennomsnittlig lengde på sykefraværstilfellene, og konkluderer med at sykmeldingspraksis også er avhengig av lokale strukturer.

Dette funnet støttes av en finsk studie av variasjoner i sykmeldingspraksisen til leger i primærhelsetjenesten, der et hovedfunn var at leger i større kommuner skriver ut kortere sykmeldinger (Kankaanpää, Franck, and Tuominen 2011).

Foreløpig er det gjort få systematiske sammenligninger av sykmeldingspraksis på tvers av land. Et unntak er Godycki-Cwirko og kolleger (2011), som sammenligner sykmeldingspraksis for pasienter med hoste og nedre luftveisinfeksjoner i Polen og Norge. Mens antallet sykmeldinger var stort sett likt i de to utvalgene ble en signifikant høyere andel av de polske pasientene anbefalt å ta fri fra jobb, og sykmeldingsperioden var lenger. Kun fem prosent av de norske sykmeldingene var på over sju dager. Dette funnet støttes av Halvorsen et al. (2011). Basert på tilbakemeldinger på casebeskrivelser (vignetter) fra henholdsvis 216 og 171 leger fra Polen og Norge, finner de at legene i Polen gir lenger sykmeldingsperiode enn de norske.

5.2.1.2 Vurdering av funksjons- eller arbeidsevne

En sentral del av legenes sykmeldingsarbeid handler om vurdering av funksjonsevne. I 2001 publiserte Verdens helseorganisasjon verktøyet ICF, et klassifikasjonssystem for funksjon. ICF legger særlig vekt på at funksjonsevne er et samspill mellom kroppsfunksjoner og aktivitetsnivå på den ene siden og miljøfaktorer på den andre. Det vil si at fysiske, sosiale og holdningsmessige trekk ved omgivelsene til en person spiller en viktig rolle i tillegg til trekk ved pasienten og pasientens sykdom. Vi skal se at særlig den delen av funksjonsvurderingen som går på miljø kan være vanskelig.

Siden 1. mai 2002 inkluderer sykmeldingsblanketten et felt der legene skal vurdere den sykmeldtes funksjonsevne (forenklet funksjonsvurdering). Her skal legen svare på spørsmål om hvorvidt pasienten antas å kunne gjenoppta nåværende arbeid, om pasienten trenger tilrettelagt arbeid eller annet arbeid, hvilke arbeidsoppgaver pasienten ikke bør utføre eller utsettes for, og forhold som berører arbeidsmiljø. Disse opplysningene skal besvares innen fire uker etter at pasienten ble sykmeldt.

En norsk studie basert på fokusgruppeintervju med 23 leger i 2003/2004 undersøkte hvilke holdninger norske allmennleger har til vurdering av funksjonsevne ved sykmelding (Krohne og Brage, 2008). De fant at funksjonsevne er et komplekst begrep som dekker både fysisk, psykisk og sosial fungering. Dette skal så relateres til pasientens evne til å møte jobbkravene. Legene opplever at de har lite kunnskap om hvilke faktiske arbeidsoppgaver pasienten har, og dette kan være en barriere både i forhold til motivasjon og mulighet til å vurdere funksjonsevne. I tillegg fant de at kravet om diagnose for å få sykepenger også var forstyrrende i forhold til å skulle gjøre funksjonsvurderinger.

Samtidig var legene tydelig på at deres oppgave var å gi ekspertuttalelser om medisinske forhold. Vurdering av arbeidsrelatert funksjonsevne falt utenfor deres kompetanseområde, samtidig som de vurderte andre behandlere som bedriftshelsetjeneste eller fysioterapeuter som mer kompetent til å vurdere hvordan pasientens funksjonsnivå påvirket arbeidsproduktiviteten. De konkluderer med at det relasjonelle aspektet av funksjon og fungering fortsatt er et stort praktisk dilemma i utskriving av sykmeldinger.

En norsk artikkel fra 2000 fant at arbeidsevnen i stor grad ble vurdert likt av lege og pasient, selv om pasienten vurderte ut fra hva som krevdes på jobben og legen ut fra medisinske forhold (Reiso et al., 2000). En annen artikkel som så på fastlegens evne til å vurdere hvor lenge sykefraværet kom til å vare, konkluderte med at det er bedre å spørre pasienten selv (Fleten et al., 2004). En undersøkelse fra New Zealand konkluderte derimot med at selv om legene lar pasientene gi input til sykmeldingsprosessen, er det usikkert om dette hjelper eller hindrer at pasienten kommer tilbake til jobb (Wrapson et al., 2011).

Lindholm og kolleger (2010) ser på sykmeldingspraksis hos svenske leger. De finner at rundt 60 prosent av legene som blir bedt om å skrive ut sykmeldinger, finner det vanskelig å vurdere arbeidsevne og å anslå varigheten av arbeidsuførheten. Stigmar et al. (2010) ser på hvordan svenske leger oppfatter det å skulle vurdere arbeidsevne. Tillitsforholdet til pasienten framstår som sentralt. Legene som deltok i studien var opptatt av at hele bildet, det vil si pasientens livssituasjon, skulle tas med i vurderingen. Pasientens egen oppfatning av arbeidsevne ble sett på som sentralt. Å ha en tidlig plan for yrkesrehabilitering (og ikke bare medisinsk rehabilitering) ble også oppfattet som nyttig. Legene mente også at en begrensning for yrkesdeltakelse ofte var mangel på tilpassede jobber og mindre krevende jobber. Særlig arbeidsgivere på større arbeidsplasser oppgir at det er økonomiske begrensninger for hvor mye tilpasning som er mulig. Motsatt oppgir arbeidsgivere ved mindre arbeidsplasser at det er lettere å finne passende arbeidsoppgaver, sannsynligvis på grunn av bedre kjennskap til den sykmeldte. Legene oppga også at de hadde liten kjennskap til pasientens arbeidssituasjon og dermed liten mulighet til å etterprøve pasientens egen vurdering om hva som er mulig av tilrettelegging.

Flere studier fra Storbritannia ser på vurdering av funksjonsevne etter innføringen av den såkalte "fit note" i 2010. "Fit notes" eller en vurdering av arbeidsevne ble innført i 2010 som en erstatning for den tidligere sykmeldingsblanketten Med 3. Allen og Cohen (2010) så på holdningen til arbeid og helse blant britiske turnusleger. Mens det store flertallet som svarte på undersøkelsen så på yrkesvurdering som viktig, rapporterte samtidig over 70 prosent av respondentene at de ikke følte seg trygge på å vurdere pasientens arbeidsevne. Nesten 70 prosent svarte også at de ikke følte seg trygge på å vurdere hvor lenge en pasient burde være sykmeldt. På spørsmål om hvordan de kunne løse problemer knyttet til vurderinger av arbeid og helse svarte turnuslegene at de ønsket mer opplæring.

Irvine (2011) ser på effekten av sykelønn og jobbfleksibilitet på sykefravær, og implikasjonene av dette for at syke ansatte går på jobb, såkalt sykenærvær. Bakgrunnen for studien er den britiske trenden om "fitness to work" og en endring av oppfatningen om hvor frisk man må være for å kunne gå på jobb. Hun argumenterer også for at det må tas hensyn til at det å gå på jobb potensielt kan gi forverret helsetilstand. Her er forhold på arbeidsplassen spesielt viktig, slik som arbeidsavtale, ansiennitet og grad av kontroll over og fleksibilitet i arbeidsoppgavene. En hovedkonklusjon er at

forhold på arbeidsplassen, ikke bare den enkeltes helsetilstand, er avgjørende for om folk er i stand til å utføre jobben.

Wainwright et al. (2011) ser på allmennpraktikers syn på "fit notes" og hvordan disse påvirker sykmeldingspraksisen for pasienter med kroniske smerter. Studien er basert på kvalitative intervjuer med allmennpraktiserende leger i Storbritannia. Legene var gjennomgående positiv til bruken av "fit notes" fordi de opplevde at den flytter fokus fra hva pasienten ikke kan gjøre og over på hva hun eller han faktisk kan. Dette oppleves som spesielt nyttig for pasienter med kroniske smerter som ofte har havnet i det som beskrives som en offerrolle. Alle legene var klar over behovet for forhandlinger med pasienter som ikke ønsket å gå tilbake i jobb. Legene så også noen hindringer for effektiv bruk av skjemaet, som behovet for å opprettholde et godt lege-pasientforhold i tilfeller der pasienten er uenig i legens vurdering, og mangel på innsats fra arbeidsgivers side. Spesielt ved små arbeidsplasser er det også grenser for tilrettelegging. Mange leger pekte også på mangelfull opplæring i yrkesmedisin, og at de ikke hadde hatt nok til å sette seg inn i de nye retningslinjene. De mente også at de visste for lite om pasientens arbeidsforhold. Her oppleves mangelen på tid som et særlig problem. I en del tilfeller mente de også at forholdet på arbeidsplassen var årsaken til smertene, og at å gå på jobb kunne gjøre smerten verre.

Også i Nederland viser studier at leger ser på vurdering av funksjonsevne som problematisk. Praksis her er at økonomisk stønad kun skal gjelde tilfeller der vurderingen av arbeidsuførhet har et klart medisinsk fundament. Ifølge Meershoek (2012) bygger dette på en problematisk antakelse om at redusert arbeidsevne kan avgjøres utelukkende på medisinske kriterier. Særlig ved mangel på klare diagnoser kan dette være vanskelig. Som diskutert tidligere bygger WHO's klassifisering av funksjonsevne også på en vurdering av miljø, ikke bare sykdom.

5.2.2 Betydningen av regelendringer og opplæring

Et av virkemidlene som ble foreslått i Ekspertutvalgets rapport fra 2010, var en praksisendring med systematisk og grundig innsats med opplæring, utvikling og implementering av veiledere og jevnlig tilbakemelding på den enkelte leges sykmeldingspraksis, med særlig fokus på bruken av graderte sykmeldinger. 1. juli 2011 ble Faglig veileder for sykmeldere lansert, en nettbasert veiledning i sykmeldingsarbeidet. Denne er foreløpig ikke evaluert, men vi kommer tilbake med noen erfaringer fra legene på dette. Vi finner heller ikke at det er gjort noe på erfaringene for Statistikkportalen som ble lansert XX, men vi har noen nye funn på dette også.

En finsk studie anbefaler også bedre opplæring. De mener det er store summer for samfunnet å spare på økt utdanning og opplæring av leger i sykmeldingsarbeid (Kankaanpää et al., 2011). Tilsvarende har flere land gjennomført regelendringer med sikte på å få til en bedre sykmeldingspraksis. Det er imidlertid uklart hvor mye som kan oppnås med regelendringer og opplæringstiltak.

5.2.2.1 Effekten av regelendringer

Flere har sett på effekten av regelendringer og legers sykmeldingspraksis. Analyser gjort av RTV/NAV (RTV-rapport nr. 05/2006, RTV-rapport nr. 06/2006 og NAV-rapport 3/2007, Kann og Brage (2007)) viser at endringene i sykmeldingsregler fra 1. juli 2004 hadde en klar effekt på fastlegenes sykmeldingspraksis. Blant annet sykmeldte legen færre pasienter, de friskmeldte pasientene tidligere, og bruken av graderte sykmeldinger økte. Endringene i deres praksis i hvor raskt pasientene

ble friskmeldt (dvs. kortere sykmeldinger) kom samtidig som regelendringene, mens endringene i antall fravær og graderte sykepengeer kom mer gradvis og startet tidligere på året. Gjennom hele 2004 var det en betydelig økning i bruken av graderte sykepengeer. Senere er det funnet at de sykmeldte som gikk til leger som var blitt raskere til å friskmelde, hadde bedre utsikter til å holde seg i arbeidslivet, nettopp fordi langvarig sykefravær gir økt risiko for å falle ut av arbeidslivet.

Gjennom analyser av registerdata er det funnet at denne reformen førte til en reduksjon i sykefraværet på rundt 20 prosent (Markussen, 2009). Reduksjon i antall tilfeller beregnes å forårsake en tredjedel av endringen, mens to tredjedeler skyldes redusert varighet på sykefraværstilfellene. De sykmeldte kom derfor tidligere tilbake til jobb enn før. Nedgangen i antall tilfeller kommer noen måneder før selve regelendringen, og forfatteren forklarer dette med det fokuset som var på det høye sykefraværet på den tiden, og tolker også dette som en reformeffekt. Reduksjonen i sykefraværet som følge av regelendringene varierte i liten grad mellom aldersgrupper eller mellom arbeidstakere med ulik tilknytning til arbeidslivet. Ifølge forfatteren ser det ut til at reformer som øker forhandlingsstyrken til legen er en effektiv måte å redusere sykefraværet på.

Også andre lands regelendringer har blitt studert nærmere. I 2003 ble den danske sykmeldingspraksisen lagt om med en større vekt på arbeidsevne, som i den britiske modellen. Den medisinske vurdering i seg selv skulle ikke være nok til å gi sykepengeer; sosiale forhold og pasientens vurdering av egen helse skulle vektlegges i større grad. En reform i sykelønnsordningen i 2005 skulle sikre bedre samarbeid mellom arbeidsplassen, pasienten, legen og den kommunale saksbehandleren (Johansen et al. 2011). Begrunnelsen for regelendringen var blant annet at det var viktig med tett oppfølging, da den sykmeldte kan stå i fare for å falle ut av arbeidslivet. Regelendringen førte til mer systematisk saksbehandling i form av nye oppfølgingsregler, kategorisering av sykmeldte, økt koordinering med leger og virksomheter med mer (Damgaard og Boll, 2007). Damgaard og Boll (2007) analyserte effekten av endringene i fem utvalgte casekommuner, der de intervjuet leger, ledere i kommunen, saksbehandlere og virksomhetsledere. De fant et fokus på å imøtekomme de nye reglene for oppfølging, men lite hadde skjedd i forhold til kommunens samarbeid med andre aktører. Kommunen har ikke inntatt den koordinerende rollen i sykefraværsoppfølgingen som reglene legger opp til. Studien viser også at regelendringen har ført til økt bruk av gradering, og leger, saksbehandlere og virksomheter uttrykte seg positivt om gradert sykmelding. Mange uttrykte også misnøye med administrativ merbelastning. Flere mente også at oppfølgingen settes i gang for tidlig, da mange sykmeldte uansett kommer fort tilbake i jobb. Johansen et al. (2011) ser også på effekten av de danske regelendringene, men med særlig vekt på samarbeidet mellom aktører. De ser på de involverte aktørene i fem tilfeller av sykmeldinger med en varighet på minimum 4 måneder, der både de sykmeldte selv, legen og saksbehandler i kommunen ble intervjuet. I ingen av de fem casene blir det gjennomført fellesmøter med alle involverte parter, til tross for at dette er lovpålagt med den nye loven om sykepengeer. De finner at kommunikasjon mellom aktørene var den viktigste hindringen tilrettelegging og for å få sykmeldte tilbake i jobb.

Sallis et al. (2010) ser på bruken av den såkalte "fit note" i Storbritannia. De undersøker effekten av en prøveversjon av sykmeldingsblanketten (trial Medical Statement 3, eller Med 3). Hensikten med den nye Med 3-blanketten er å lette kommunikasjonen mellom lege, arbeidsgiver og pasient for å kunne gjøre en bedre vurdering av arbeidsevne og når den sykmeldte bør komme tilbake i arbeid. I studien bruker Sallis et al. (2010) vignetter eller case som legene blir bedt å vurdere, der halvparten av legene bruker den gjeldende sykmeldingsblanketten og halvparten bruker den nye

prøveblanketten. De finner at de som bruker den nye utgaven av Med 3 i mindre grad anbefaler at pasienten holder seg borte fra jobb, og i større grad kommer med en skriftlig vurdering av arbeidsevne. Den nye blanketten gir også muligheten til å krysse av for at pasienten er i stand til å utføre "noe arbeid", og kommentere dette skriftlig. Funnene viser at utformingen på legeerklæringen har potensielt stor betydning for hvordan pasientens arbeidsevne vurderes.

I april 2010 ble den tidligere sykmeldingsblanketten "sick-note" eller Med 3 endret til "fit-note" i Storbritannia. Bakgrunnen for endringen var det samme som det har vært sagt i Norge i flere år, nemlig at arbeid er sunt. Et langvarig sykefravær kan føre til at man mister jobben, blir isolert, mister selvtillit, får psykiske plager, forringet kompetanse og sosial ekskludering. Den nye "fit-note", eller egnethet-vurderingen, skal brukes til å avgjøre om pasienten er helt ute av stand til å arbeide eller om arbeidsgiveren kan gjøre tilpasninger slik at den sykmeldte kan komme tilbake tidligere.

En evaluering av denne endringen viste at "fit-note" har blitt et konsultasjonsverktøy som allmennlegen bruker i forhandlinger med pasienten om mulighet for å komme tilbake til jobb (Fylan et al., 2011). Legene bruker også denne for å vise at tilbakeføring til arbeid er diskutert. De legene som har vært fornøyd med den nye ordningen, sier de synes det er viktig at pasienten kommer tilbake i ordinært arbeid, og de mente det tidligere systemet var ineffektivt. De legene som var negative til endringen argumenterte med at det ikke ville endre utfallet for pasientene eller i sykmeldingspraksis. "Fit-note" ble vurdert å være mest effektiv hos for eksempel ME-pasienter (Myalgic Encephalopathy), pasienter med milde og moderate psykiske tilstander og muskel- og skjelettplager. Legene var mindre trygge når de skulle fylle ut hva som kunne gjøres på arbeidsplassen, og de var usikre på hvor detaljert informasjon de skulle oppgi. Barrierene for suksess med "fit-not" var konflikter, pasientforholdet, pasientens alder og lokal økonomi og arbeidsmarkedsforhold. De finner også at legen synes det er vanskelig å prøve å få den sykmeldte til komme tilbake til jobb dersom de mener jobben bidrar negativt til helsetilstanden. Bruk av "fit-note" er også begrenset om legen ikke får noen tilbakemelding på nytten av rådene som gis. Mange allmennleger mener at det å motivere pasientene til å komme tilbake til jobb, er en del av legens rolle og "fit-note" hjelper dem i dette arbeidet. Noen synes også de kunne hatt en strengere rolle i forhold til sine pasienter.

Irvine (2011) ser på effekten av sykelønn og jobbflexibilitet på sykefravær, og implikasjonene av dette for at syke ansatte går på jobb, såkalt sykenærvær. Hun argumenterer for at det også må tas hensyn til at det å gå på jobb også potensielt kan gi dårligere helse. Resultater fra dybdeintervjuer med sykmeldte tyder på at fast ansatte med rett på sykepengene har lettere for å be om sykmelding. For noen vil reduksjon i sykepengene etter en viss tid være en del av motivasjonen for å komme tilbake i jobb. Kontroll over arbeidssituasjon og ordninger som hjemmekontor og fleksibel arbeidstid gjør det lettere å bruke gradert sykmelding. Studien viser også en potensiell risiko for sykenærvær, altså folk som er på jobb selv om de er syke. En hovedkonklusjon er at forhold på arbeidsplassen, ikke bare den enkeltes helsetilstand, er avgjørende for om folk er i stand til å utføre jobben.

I 2008 endret Sverige retningslinjene for sykmelding og skjerpet kravene til sykmeldingsblankettene, der det ble lagt større vekt på vurdering av funksjonsevne. Nilsing et al. (2012) sammenligner kvaliteten på utfylte sykmeldingsblanketter i 2007 og 2009, altså før og etter endringen trådte i kraft. WHO's klassifiseringssystem for funksjon (ICF) ble brukt for å vurdere kvaliteten på de utfylte blankettene, med vekt på beskrivelser av funksjonsevne og anbefalinger for tidlig rehabilitering.

Studien finner at sammenlignet med blankettene som er fylt ut før 2008, er det en større andel av de nye blankettene som gir tilstrekkelig informasjon om hvordan sykdommen begrenser pasientens funksjonsevne. Det er imidlertid fortsatt bare en av tre blanketter som angir aktivitetsbegrensninger og anbefalinger for tidlig rehabilitering.

5.2.2.2 Opplæringstiltak

I flere studier etterlyser legene bedre opplæring i sykmeldingsarbeidet (Allen and Cohen 2010) Löfgren et al. (2010) ser på hva svenske leger selv oppgir at de trenger av kunnskap og ferdigheter for å forbedre kompetansen sin på å skrive ut sykmeldinger. Studien viser at få leger (20 prosent) opplever at de trenger mer opplæring i hvordan sykmeldinger skal skrives ut, mens rundt halvparten rapporterte at de trengte bedre ferdigheter i å vurdere arbeidsevne, varighet og grad av sykmelding, og mer informasjon om sykeforsikringsordningen.

Etter regelendringene i 2004-2005 ble det også gjennomført et fagutviklingsprogram for allmennleger. Programmet het "Legen i det inkluderende arbeidsliv", eller Legeprogrammet, og var et samarbeid mellom trygdeetaten og legeforeningen for å påvirke legers sykmeldingspraksis (RTV-rapport 06/2006). Legene skulle utvikles til i større grad å bidra til aktivitet fremfor passivitet og til å motivere arbeidstakere og arbeidsgivere til å finne alternativer til sykefravær. Et viktig mål med programmet var å øke kvaliteten av legens arbeid med bedre vurderinger og samhandling. Programmet ble organisert på fylkesnivå og besto av tre deler: Samling 1 (hel dag) og samling 2 (hel dag) på 60 steder i landet med representanter for Rikstrygdeverket og Legeforeningen. Mellom disse samlingene kunne legene delta i tre mellomaktiviteter, hvert på omlag tre timer, med besøk på arbeidsplasser og trygdekontor. Deltakelse gav kurspoeng for legene, noe som har vært viktig for å opprettholde spesialitetsstatus (RTV-rapport 06/2006). Slik vi forstår det har nærmere halvparten av legene deltatt på den første samlingen og aktørene har vært positive til opplegget i en evaluering som ble gjort før programmet var helt avsluttet (Moland, 2005). RTV har undersøkt om deltakelse i legeprogrammet påvirket legenes sykmeldingspraksis i form av antall utskreven sykefravær, varighet og bruk av graderte sykepenger. De fant få forskjeller mellom leger som var med i programmet og de som ikke var med, men det var sterk reduksjon i antall sykmeldinger for begge grupper. Det er mulig at et så stort program kan ha påvirket praksisen til også de som ikke deltok i programmet (invitasjon til alle, mye diskusjon på legesentrene og så videre) og at seleksjonseffekter i forhold til hvem som deltok i programmet ikke er tatt hensyn til i analysene (RTV-rapport 06/2006). Selv om det ikke er slike umiddelbare effekter av legeprogrammet på sykmeldingspraksisen er det naturlig å tro at de som deltok har blitt mer bevisst sin sykmeldingsatferd (Moland, 2005).

Etter gjennomføringen av programmet var NAV og Legeforeningen enig om at programmet hadde skapt samarbeidsrelasjoner mellom fastlegene og trygdekontorene som det var viktig å ivareta. Det ble derfor utgitt en bok som hjelpemiddel for å utvikle et strukturert og kontinuerlig samarbeid mellom fastleger, arbeidsmedisinere og NAV-kontorene på IA-området. Boka gir blant annet veiledning i gjennomføring av møter mellom Allmennlegeutvalg og lokale NAV-ledere, inneholder ni forskjellige temaer med innledninger og kasuistikker til diskusjon, valgt ut av allmennleger, Legeforeningen og NAV.

Fordi det lenge har vært kjent at allmennlegene synes sykmeldingsoppgavene er vanskelige og kanskje også så vanskelig at det er et arbeidsmiljøproblem for legene (Swartling et al., 2007), er det flere steder utviklet retningslinjer for anbefalt varighet på ulike tilfeller av sykefravær. I Storbritannia

ble det innført slike retningslinjer i 2002 og disse ble oppdatert i 2010, mens det i USA har eksistert retningslinjer i mange år. I Sverige ble anbefalinger for varighet innført i 2007, og disse blir kontinuerlig oppdatert (Skånér et al. 2011). Skånér et al. (2011) ser på sykmeldingspraksis i Sverige etter innføringen av diagnose-spesifikke nasjonale retningslinjer for sykmelding. Basert på et spørreskjema som ble sendt til alle praktiserende leger i Sverige finner de at tre av fire leger oppfatter retningslinjene som nyttige. 65 prosent rapporterer at retningslinjene letter kommunikasjonen med pasienten, og drøyt 40 prosent at de letter kommunikasjonen med sosialkontoret. Nesten en tredjedel mente også at retningslinjene hadde økt kompetansen deres og hevet kvaliteten på sykmeldingspraksisen. Sammenlignet med resultater fra andre land er det en høy bevissthet i Sverige rundt de nye retningslinjene, og de er i stor grad tatt i bruk, selv om halvparten av legene rapporterte om problemer i bruken av dem. Til sammenligning så Treweek (2005) på kjennskap til nasjonale retningslinjer i Norge, og fant store variasjoner i hvor godt fastlegene kjente til og brukte de ulike nasjonale retningslinjene.

Löfgren et al. (2011) ser på hvordan leger lærer å håndtere sykmeldinger. De sammenligner surveydata fra 2004 og 2008 med svenske leger og ser på hva legene selv sier har vært viktig for dem for å lære om sykmeldingspraksis. Et hovedfunn er at legene først og fremst skaffer seg kompetanse på sykmelding i den daglige praksisen, gjennom kontakt med kolleger og pasienter. Formell opplæring spiller en mindre rolle. En av tre oppgir at møter med myndighetene har vært nyttige.

Wynne-Jones et al. (2010b) ser på sykmeldingspraksis blant leger i Storbritannia, og finner at nesten tre fjerdedeler av legene som deltok i undersøkelsen ikke hadde noen spesiell trening i å skrive ut sykmeldinger, og at den trainingen som var gjennomgått ofte var uformell. Av de som hadde gjennomført formell opplæring i sykmeldingspraksis oppga 95 prosent at dette hadde gitt dem økt kunnskap om sykmelding, og fire av fem oppga at opplæringen hadde gjort dem i stand til å skrive ut bedre sykmeldinger. Behovet for opplæring ble sett på som særlig stort knyttet til å håndtere pasienter som ber om sykmelding, og for å kunne gi pasienter råd om arbeidsforhold. Money et al. (2010) finner at allmennpraktikere som har hatt opplæring i yrkeshelse opplever at opplæringen har gjort dem mer bevisste på den potensielt positive effekten av yrkesdeltakelse, de følte seg bedre kvalifisert til å vurdere arbeidsevne, og de skrev ut færre sykmeldinger. Ifølge Wainwright et al. (2011) mener mange leger at de har hatt mangelfull opplæring i yrkesmedisin, og at de ikke hadde hatt nok til å sette seg inn i de nye retningslinjene (ved innføringen av "fit notes"). Også i Irland etterlyser flere leger bedre opplæring i yrkesmedisin (Foley, Thorley, and Denny 2012).

Det er likevel et spørsmål om økt opplæring av legene vil gjøre dem bedre i stand til å sykmelde. En av få randomiserte kontrollerte forsøk viser effekt av en relativ liten intervensjon med en éndags workshop som inkluderte teamarbeid og rollespill om funksjonsvurderinger (Østerås et al., 2010). Metoden skulle anvendes på ti personer med langtidsfravær etter visse inklusjonskriterier og 57 fastleger ble randomisert til intervensjon eller kontrollgruppen. De konkluderte med at intervensjonsgruppen brukte graderte sykmeldinger oftere og aktive sykmeldinger sjeldnere, men det ble ikke funnet noen effekt på varigheten av sykmeldingsepisodene eller på henvisning til yrkesrettet attføring.

Bremander og kolleger (2012) ser på legers vurdering av arbeidsevne/funksjonsevne i Sverige før og etter gjennomføringen av et opplæringsprogram i trygdemedisin. Det var ingen forskjell på antall sykmeldinger for leger ved klinikker med sykmeldingsstandarder og leger ved klinikker uten slike

standarder. Det var heller ingen forskjell mellom de som hadde deltatt i opplæringsprogram og de som ikke hadde det.

Siden flere studier viser liten effekt av ekstra opplæring på legers sykmeldingspraksis i Sverige, ser Kiessling og Arrelöv (2012) på alternative forklaringer. Det er ikke nødvendigvis legenes kunnskapsnivå som er årsaken til variasjonene i sykmeldingspraksis. Studien identifiserer sju typer utfordringer leger støter på i arbeidet med å skrive ut sykmeldinger.

1. Samhandling lege – pasient. Ulike oppfatninger om behovet for sykmelding gir en interessekonflikt mellom rollen som ansvarlig behandler og rollen som representant for myndigheten (portvakt for sosiale ytelser)
2. Vurdering av arbeidsevne, særlig knyttet til vurderingen av forhold på arbeidsplassen.
3. Kontakt med arbeidsgiver og arbeidsmarked: Det er tidkrevende å forstå forhold på arbeidsplassen og arbeidsmarkedet, og det er krevende å samarbeide med arbeidsgiver og pasient ved konflikter knyttet til arbeidsplassen.
4. Samarbeid med sosialtjenesten. Treg saksbehandling, skifte av saksbehandlere og problemer med å få sosialtjenesten til å forstå pasientens situasjon i kompliserte saker.
5. Sykmeldingspraksis. Stor usikkerhet knyttet til sykmeldingsstandarder og anbefalt lengde på sykmelding for bestemte diagnoser, der de nasjonale standardene ikke gir tilstrekkelige retningslinjer.
6. Samarbeid og ressursallokering i helsevesenet. Mangel på ressurser eller uholdbare ventetider for spesialistutredning, utilstrekkelig samarbeid med spesialister gjør det videre sykmeldingsarbeidet etter henvisning vanskelig.
7. Ledelse og rutiner ved klinikken. Samarbeid mellom ansatte, mangel på tid til å diskutere med kolleger, skifte av fastlege når pasientene ikke var enige i legens vurdering.

Artikkelen konkluderer med at opplæring av leger knyttet til sykmeldingspraksis ikke bør handle om forståelse av regelverket, men om alle deler av legerollen.

5.2.3 Holdninger til sykmeldingsarbeidet

Hvordan ser leger sykmeldingsarbeidet? Et gjennomgående problem i litteraturen er konflikt mellom pasient og behandler, det samme er rollekonflikten leger opplever som behandler og portvakt for sosiale ytelser (Wynne-Jones et al. 2010a).

Mye tyder på at leger ser på sykmeldingsarbeidet som viktig, men vanskelig. Allen og Cohen (2010) ser på holdningen til arbeid og helse blant britiske turnusleger. Det store flertallet som svarte på undersøkelsen så på yrkesvurdering som viktig. Samtidig rapporterte rundt 70 prosent av respondentene at de ikke følte seg trygge på å vurdere arbeidsevne eller varighet på sykmeldingen.

Ljungqvist et al. (2013) undersøker i hvilken grad svenske leger ser på sykmelding av pasienter som et arbeidsmiljøproblem. Ut fra et spørreskjema som ble sendt til alle svenske leger i 2008 finner de at halvparten av de praktiserende legene som skriver ut sykmeldinger ser på sykmeldingsoppgaver som et arbeidsmiljøproblem, og 11 prosent oppgir at det "i stor grad" er et arbeidsmiljøproblem. Andelen som oppfatter sykmeldingen som et arbeidsmiljøproblem er høyest i allmennpraksis, fulgt av ortopedi og revmatologi. Leger som jobber ved klinikker med faste retningslinjer for sykmelding, eller som oppgir å ha støtte fra nærmeste overordnede når det gjelder sykmeldinger har lavere sannsynlighet for å oppleve sykmeldingsrelatert arbeid som et arbeidsmiljøproblem.

5.2.3.1 Rollekonflikt i sykmelderrollen

Et av de klareste funnene i litteraturen er at mange leger opplever en konflikt mellom rollen som pasientens advokat og behandler på den ene siden, og rollen som portvakt for sosiale ytelser på den andre (Money et al. 2010; Macdonald et al. 2012; Foley, Thorley, and Denny 2012; Hussey et al. 2004)Engblom et al., 2011). Når legene opplever dette er det rollen som pasientens advokat som står sterkest.

I en evaluering av fastlegeordningen i 2001 finner Carlsen og Norheim (2003) at legenes rolle som portvakt ble svekket med fastlegeordningen. Årsakene var at det ble mer åpen konkurranse mellom legene, høyere forventinger fra pasienten og mer ansvar for den enkelte fastlege. De konkluderer med at fastlegene i Norge har vært gjennom et skifte i maktforholdet mellom lege og pasient i favør av pasienten gjennom fastlegereformen. Tilsvarende konkluderer Carlsen og Nyborg (2009) med at på grunn av asymmetrisk informasjon kan ikke legene forventes å fylle rollen som portvakt. Bedre portvakter ville blitt dårligere behandlere, og pasientene, både de som er syke og de som skulker, ville foretrukket leger som gir behandling. Den asymmetriske informasjonen oppstår fordi legen ikke kan skille en skulker fra en som er virkelig syk. De konkluderer med at valget mellom det å jobbe og det å bli sykmeldt, i stor grad er pasientens valg.

Winde et al. (2012) sammenligner allmennpraktiserende legers erfaring med sykmeldinger i Sverige og Norge. I begge landene har nesten alle minst én henvendelse i uka knyttet til sykmelding. 60 prosent av de svenske legene opplevde sykmeldingsarbeidet som vanskelig, mens 53 prosent i Norge svarte det samme. En større andel av legene i Sverige enn i Norge rapporterte om pasienter som ønsket sykmelding av ikke-medisinske grunner (28 prosent versus 10 prosent), mens en større andel av de norske legene var bekymret for at pasienten ville bytte fastlege dersom de ikke fikk sykmelding (18 prosent sammenlignet med 7 prosent). Fordi flere norske leger er privatpraktiserende vil de ha sterkere økonomiske insentiver for å beholde pasienter. En større andel av de svenske legene opplevde konflikt mellom rollene som pasientens behandler og portvakt, og flere leger i Sverige enn i Norge syntes det var vanskelig å diskutere fordeler og ulemper ved sykmelding med pasientene sine. Den norske fastlegeordningen og tettere kontakt mellom lege og pasient i Norge oppgis som en mulig forklaring på at svenske leger opplever sykmeldingsarbeidet som mer problematisk.

En studie basert på surveydata fra britiske leger finner at over halvparten av allmennlegene mener at det at det er pasienten spurte om sykmelding, ikke påvirket beslutningen om å sykmelde (Wynne-Jones et al. 2010b). Flere oppgir en konflikt mellom rollen som talsperson for pasienten og rollen som portvakt (Money et al. 2010). Macdonald et al. (2012) gjennomførte dybdeintervjuer med allmennleger i Skottland for å se på deres bruk av sykmeldinger i forbindelse med depresjon. De fant at mange leger opplevde en konflikt mellom det de opplevde som det beste for pasienten og det beste for arbeidsstyrken eller for samfunnet som helhet. Rollen som portvakt for sosiale ytelser opplevdes dermed som ekstra problematisk i tilfeller der den medisinske vurderingen ikke er entydig.

Foley et al. (2012) ser på sykmeldingspraksis i Irland ved hjelp av dybdeintervju med allmennleger. Også denne studien bekrefter at allmennleger ser rollen som sykmelder som problematisk. Legene oppfatter seg selv først og fremst som pasientens advokat, ikke som voktere av velferdsgoder. De oppgir at sykmelding ofte blir skrevet ut etter pasientens ønske. Sykmelding på bakgrunn av livssituasjon oppleves som spesielt vanskelig, der legene ikke ønsket å ødelegge et godt forhold til

pasienten, eller var bekymret for at pasienten ville skifte lege. De ser også et problem med å dele konfidensielle opplysninger med arbeidsgiver.

Hussey et al. (2004) undersøkte på hvordan skotske allmennpraktikere opplever sykmeldingsordningen. De gjennomførte 11 fokusgruppeintervjuer med i alt 67 allmennpraktiserende leger, og fant at legene var misfornøyd med hvordan systemet håndterer tvilstilfeller, kroniske og vanskelige tilfeller. Legene opplevde motstridende og til dels uforenlige krav fra ulike aktører i systemet, og mange ønsket å slippe rollen som portvakt. De oppga også at det ofte var pasienten som bestemte i tvilstilfeller.

5.2.3.2 De uklare tilfellene

De siste årene har Norge hatt en økning i andelen som er sykmeldte på grunn av psykiske lidelser, uten at det er grunn til å tro at befolkningen har fått dårligere psykisk helse. Det legemeldte sykefraværet knyttet til psykiske lidelser økte med 20 prosent i perioden 2000-2011 (Brage et al. 2012). Økningen var særlig stor for lettere psykiske lidelser og uspesifiserte psykiske plager. For sykmelding knyttet til depresjon var det derimot en nedgang, det samme gjaldt sykefravær på grunn av alkohol- og stoffmisbruk. Forfatterne argumenterer for at dette kan skyldes at legene har endret diagnosepraksis og blitt mer restriktive med å bruke depresjon som diagnose, samt at flere blir sykmeldt for psykiske lidelser.

Psykiske lidelser hører til den typen lidelser som oppfattes som spesielt problematiske i legenes sykmeldingsarbeid. I tillegg til psykiske plager gjelder dette tilfeller der det ikke er klare medisinske funn som peker i retning av sykmelding eller ikke. Her skilles det i litteraturen mellom lettere plager, såkalt subjektive helseplager (SHC, subjective health complaints i den internasjonale litteraturen), og mer alvorlige lidelser, som faller inn under kategorien medisinsk uspesifiserte plager og symptomer (MUPS). Hvorvidt disse pasientene blir sykmeldt eller ikke og hvilken diagnose de får avhenger i stor grad av fastlegens vurdering av hvert enkelt tilfelle. Et gjennomgående funn her er at legene synes det er spesielt utfordrende å vurdere arbeidsevne og ta stilling til sykmelding ved disse tilfellene (Nilsen et al. 2011; Hussey et al. 2004). Mange leger uttrykte frustrasjon om møtet med pasienter med uspesifikke plager, siden de følte at de aldri fikk tak på hva problemet besto i. Ved psykososiale problemer oppleves det som vanskelig å legitimere sykefravær ved å gi problemene en medisinsk diagnose (Woivalin et al. 2004).

En nylig gjennomgang av litteraturen om hvordan leger håndterer depresjon bekrefter dette inntrykket (McPherson and Armstrong 2012). Et viktig funn her er at leger gjerne ser på sykmelding av deprimerte som en lettvinnt løsning eller en midlertidig lindring. Studien finner også at leger synes det er vanskelig å balansere hensynet til pasientens sårbare situasjon og legens egen vurdering av hva som er det beste.

I en britisk undersøkelse ser Mallen et al. (2011) på legebesøk på bakgrunn av problemer med mental helse. De finner at en av tre undersøkelser ender med sykmelding. Depresjon er den vanligste diagnosen som leder til sykmelding, fulgt av stressrelaterte problemer og angst. Macdonald og kolleger (2012) gjennomførte dybdeintervjuer med allmennleger i Skottland for å se på bruken av sykmeldinger ved depresjon. Funnene deres tyder på at det å skrive ut sykmeldinger for denne gruppen oppleves som spesielt problematisk fordi legene har vanskeligheter med å vurdere om det å jobbe vil ha en positiv eller negativ effekt på sykdommen sammenlignet med å være borte fra jobb.

Mange leger opplevde også en konflikt mellom det de opplevde som det beste for pasienten og det beste for arbeidsstyrken eller for samfunnet som helhet. Rollen som portvakt blir dermed som ekstra problematisk i tilfeller der den medisinske vurderingen ikke er entydig. Ifølge legene er de fleste sykmeldingene på grunn av depresjon relativt kortvarige, selv om de i noen tilfeller kan være avhengighetsskapende.

I en tysk studie av personer med depresjon sammenlignet Bermejo og kolleger (2010) oppfølgingen av pasienter med og uten sykmelding. De fant ingen signifikante forskjeller i den videre behandlingen eller henvisningen av de to gruppene, og konkluderte dermed med at det er andre faktorer enn trekk ved selve sykdommen som gjør at noen pasienter blir sykmeldte. De tolker dette som at andre faktorer, slik som forhold ved arbeidsplassen eller sosiale forhold, og pasientens eget ønske påvirker hvorvidt gitte symptomer fører til sykmelding.

I en systematisk litteraturgjennomgang av sykmeldinger knyttet til MUPS (medisinsk uforklarte plager og symptomer) finner Aamland og kolleger (2012) at tidligere god pasientkontakt, som kunnskap om pasienten, sympati og tillit, øker sannsynligheten for at legen skriver ut sykmelding. Andre faktorer som øker sjansen for sykmelding er hvis legen har en oppfatning av at pasienten er sårbar eller har behov for en pause. Tidspress hos legen øker også sjansen for sykmelding.

Nilsen og kolleger (2011) ser på hvilke vurderinger allmennpraktiserende leger gjør ved sykmelding av pasienter med subjektive helseplager (SHC). Studien er basert på kvalitative data fra fokusgruppeintervjuer med nærmere femti allmennpraktiserende leger i Norge. Mangelen på klare funn kan gjøre vurderingen av denne pasientgruppen vanskelig. Tidligere forskning har vist at legene opplever sykmeldingsarbeidet som spesielt utfordrende når vurderingen gjøres utelukkende på pasientens egen beskrivelse av plager. Ifølge legene i undersøkelsen blir spørsmål om sykmelding eller ikke i stor grad et spørsmål om tillit. Tidligere kjennskap til pasienten gjør også vurderingen lettere, det samme gjør kjennskap til livssituasjon og forhold på arbeidsplassen. Personlige forhold og sympati for pasienten spiller også inn; pasienter som blir oppfattet som arbeidsomme og ivrige etter å komme tilbake i jobb får lettere støtte. Noen leger opplevde det som vanskelig å konfrontere pasienten ved tilfeller der de ikke var enige i pasientens ønske om sykmelding. Legens dagsform spiller også inn. Når de selv er slitne, uopplagte eller har dårlig tid vil de i mindre grad forsøke å få en uvillig pasient tilbake i jobb. Det er altså både trekk ved pasienten og trekk ved legen selv som spiller inn på vurderingen om sykmelding i tilfeller der det ikke er klare medisinske funn som peker i retning av sykmelding.

I en studie fra Nederland ser Hoedeman og kolleger (2010) på bedriftslegers sykmeldingspraksis for pasienter med alvorlig MUPS sammenlignet med pasienter uten slike symptomer. I de fleste tilfellene opplever ikke bedriftslegen sykmeldingspraksisen som problematisk, men i tilfeller der symptomene kan skyldes psykisk sykdom ønsker bedriftslegene bedre muligheter for å henvise videre til psykiater.

5.2.4 Samarbeid med andre aktører

Som sykmelder kommuniserer fastlegen med pasienten og samarbeider med flere andre aktører, som NAV, arbeidsgiver og spesialisthelsetjenesten. Mye tyder på at utfallet av en potensiell sykmeldingssituasjon avhenger av samhandlingen mellom disse aktørene.

5.2.4.1 Pasientkommunikasjon

Det finnes en rik litteratur om kommunikasjon og interaksjon mellom lege og pasient, men denne er i mindre grad knyttet til studiet av legers sykmeldingspraksis. I en gjennomgang av litteraturen av sykmeldinger ved medisinsk uforklarte plager og symptomer fant Aamland og kolleger (2012) at tidligere god pasientkontakt, som kunnskap om pasienten, sympati og tillit, øker sannsynligheten for at legen skriver ut sykmelding. Meershoek (2012) finner at leger ofte forsøker å overføre sine normer om at aktivitet er bra over på pasienten, og at pasienter som viser ønske om å komme tilbake i arbeid blir belønnet med mer frihet fra legens side.

Ofte kommer legene dårlig ut i undersøkelser av hvordan pasienter opplever at de kommuniserer (Levinson og Pizzo, 2011; Kurtz, 2002). Ifølge Asnani (2009) har ikke kommunikasjon og kommunikasjonsevner tradisjonelt vært sett på som del av det formelle pensum i legeutdanningen. Trenden nå er imidlertid at flere og flere universiteter tilbyr egne kurs i pasientkommunikasjon (ibid). Kurtz (2002) har sett på en rekke studier som viser at bedre kommunikasjon bedrer både pasienttilfredshet og klinisk resultat, og at gode kommunikasjonsevner er noe som kan læres. En fersk litteraturgjennomgang viser likevel at det fortsatt er vanlig at pasienter er misfornøyd med kommunikasjonen med legen (Ley 2011). En amerikansk studie rapporterer at fire av fem pasienter mener at det ville være en fordel om legen lærte å kommunisere mer effektivt (Blanquicett et al. 2007).

Van Rijssen et al. (2009) foreslår en teoretisk ramme for å beskrive kommunikasjonsprosessen ved legers vurdering av uførhet. Denne studien er basert på en nederlandsk kontekst, der en egen trygdelege vurderer arbeidsevne og dermed retten til sykepenger. Det er altså ikke fastlegen som skriver ut sykmeldinger. Trygdemedisineren har mindre personlig kjennskap til pasienten enn det en fastlege vanligvis vil ha. Videre opererer trygdelegen med betydelig tidspress, og ingen av partene har valgt å delta. De legger vekt på at likhet i holdninger og atferd øker sannsynligheten for god kommunikasjon, tillit og trygghet. Forfatterne beskriver kommunikasjonsatferd som et sammensatt begrep som innebærer både informasjonsutveksling og et mellommenneskelig forhold. For legen innebærer en vellykket informasjonsutveksling lytting, klarhet og riktig informasjon sentralt. For at lege-pasientforholdet skal oppleves som vellykket er det viktig med tillit, empati og evne til å ta på alvor.

O'Brien et al. (2008) gjennomførte dybdeintervjuer med 19 pasienter som nettopp hadde fått en sykmelding. De fant pasientene vanligvis ikke kom bare for å få sykmelding; de ønsket å få råd eller stille spørsmål knyttet til sykdommen eller forhold på arbeidsplassen. Flere pasienter opplevde at legen ikke hadde nok tid til dette eller ikke kjente dem godt nok, noe som førte til usikkerhet. Pasientene var klar over muligheten for misbruk av sykelønnsordningen, og opplevde det ikke som problematisk dersom legen stilte spørsmålstegn ved behovet for sykmelding. Særlig pasienter med uklare symptomer og psykiske plager hadde behov for forståelse og bekreftelse fra legens side på at de faktisk var syke og ikke i stand til å jobbe.

En studie av pasientkommunikasjon beskriver norske leger som høflige, men uinteresserte (Agledahl et al. 2011). Basert på videoopptak av 380 konsultasjoner ved et norsk universitetssykehus finner forfatterne at et hovedproblem i kommunikasjonen er at legene bevisst styrer samtalen unna eksistensielle spørsmål og tema som ikke er direkte relevante for den biomedisinske vurderingen. Studien ser riktignok på sykehusspesialister og ikke på fastleger. Det er rimelig å anta at fastleger ofte

kjenner pasientene sine bedre, særlig i tilfeller av langvarige plager og sykmeldinger, og de kan også ha utviklet andre former for pasientkommunikasjon i praksisen. Grunnutdanningen er likevel den samme, og en tilsvarende studie av lege-pasientkommunikasjon i primærhelsetjenesten ville vært interessant, men vi har ikke funnet tilsvarende studier av lege-pasientkommunikasjon i allmennpraksis.

Kristiansson et al. (2011) viser hvor krevende samhandlingen med pasienter kan oppleves. De presenterer narrativer fra fem leger i et vanskelig møte med en pasient med kroniske smerter. Forfatterne argumenterer for at "empowerment", eller overføring av makt og ansvar til pasienten selv kan være en løsning.

Evalueringen av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel som Fafo fullførte på slutten av 2011 viste at selv om ordningen med avventende sykmelding er lite brukt, vurderes det å være et potensiale for økt bruk (Bråthen og Moland, 2011). Spørreundersøkelsen som ble gjennomført viste at kommunikasjonsfeltene i sykmeldingsblanketten også er lite brukt, men at alle aktører ønsker en økning i kommunikasjon gjennom blanketten. Evalueringen foreslår å øke informasjonsmengden til alle aktører og gi opplæringstiltak for legene i tillegg til at NAV må etterspørre bruk av kommunikasjonsfeltene, og at positive kommunikasjonsløyper må erstatte dagens negative sløyfer. Evalueringen sier, så vidt vi kan se, ingenting om hvor stort potensialet er og hvor mye dette kan bety i oppfølgingen av den enkelte sykmeldte.

5.2.4.2 Samarbeid med NAV og arbeidsgiver

Foreløpig finnes det få studier som ser eksplisitt på forholdet mellom fastlegen og andre aktører i sykmeldingsarbeidet. Funn fra Sverige og Danmark tyder imidlertid på at samarbeidet med andre aktører kan være problematisk. Blant annet Wynne-Jones et al. (2010a) beskriver samarbeid med andre aktører, som arbeidsgivere og sosialtjenesten som viktige hindre for en bedre sykmeldingspraksis.

Stigmar et al. (2010) finner at mange leger ønsket bedre muligheter for samarbeid med spesialister, arbeidsgivere og sosialkontoret. Ljungqvist et al (2012) ser på de legene som i særlig grad opplever sykmeldingsoppgavene som vanskelig. De finner at ni av ti allmennpraktikere opplever samarbeidet med sosialtjenesten som problematisk. Over halvparten opplever vanskeligheter med å komme gjennom på telefon og hyppige bytter av saksbehandlere. I tillegg opplever kontakten som for tidkrevende. Også Kiessling og Arrelöv (2012) rapporterer at samarbeidet med andre aktører kan være vanskelig, både i og utenfor helsevesenet. Det er tidkrevende å forstå forhold på arbeidsplassen, og det er krevende å samarbeid med arbeidsgiver, særlig i tilfeller av arbeidskonflikt. Flere leger melder om treg saksbehandling og stor utskifting av saksbehandlere i sosialtjenesten. Lange ventetider for spesialistutredning oppleves også som et problem.

Johansen et al. (2011) ser på samarbeidet mellom arbeidsplassen, pasienten, legen og den kommunale saksbehandleren i fem sykmeldingstilfeller i en dansk kommune, der både den sykmeldte, legen og saksbehandler i kommunen ble intervjuet. I ingen av de fem casene ble det gjennomført fellesmøter med alle involverte parter, til tross for at dette var lovpålagt. Mangel på tid ble oppgitt som en årsak til dette. Hyppig skifte av saksbehandlere, der samme pasient kunne ha 4-6 ulike saksbehandlere, var også en hindring til godt samarbeid. Både saksbehandlere og leger oppga at det var vanskelig å komme gjennom til hverandre på telefon, mens kommunikasjon på epost ikke

var tillatt på grunn av hensynet til taushetsplikten. Legene oppga også at sykmeldingsarbeid og kontakt med kommunen hadde lav status. De så på sykmeldingsarbeidet som tidkrevende og vanskelig. De ble også demotivert av tilbakemelding fra kommunen, og de visste i liten grad hva kommunen gjorde for å følge opp saken. Forholdet mellom lege og saksbehandler var jevnt over preget av mistillit. Legene forsto ikke alltid hva slags informasjon de ble bedt om å oppgi og hvorfor. Legenes oppfatning av de kommunale saksbehandlerne var at disse kun var opptatt av å følge regelverket og ha det formelle i orden, og at de hadde liten forståelse for sykdom og for individuelle behov. Kommunen på sin side stilte spørsmål ved den medisinske kompetansen til legene, og de mente at legene ikke fylte ut sykmeldingsblanketten godt nok.

Også irske leger etterlyser et bedre samarbeid med behandler, arbeidsgiver og ulike offentlige etater. De mener at ressursene innenfor rehabilitering og forebygging er for små, og at ventetidene ved henvisning til en bedriftshelsespesialist var for lange, slik at sykerollen ble forlenget heller enn forkortet (Foley, Thorley, and Denny 2012).

5.2.5 Oppsummering av tidligere forskning

Forskningslitteraturen på allmennlegers sykmeldingspraksis kommer i stor grad fra Skandinavia og Storbritannia, selv om de siste årene har sett en økning i antall studier fra andre europeiske land. Det er uklart i hvilken grad variasjoner i sykmeldingspraksisen skyldes kjennetegn ved legene, som alder og kjønn, men nyere forskning tyder på at leger vurderer sykmeldingstilfeller ganske likt, uavhengig av egen bakgrunn. Det er også en tendens til at flere studier trekker inn strukturelle forhold, slik som kommunestørrelse og nærhet til sykehus, og også samhandlingen med andre aktører. Mer forskning på kontekstuelle faktorer vil være nyttig, det samme vil forskning som mer systematisk ser på hvordan sykmeldingspraksisen påvirkes av samarbeidet mellom de ulike aktørene. Foreløpig er de mange studier basert enkeltcase og kvalitative data, noe som gjør det vanskelig å identifisere systematiske sammenhenger. Det samme gjelder legers holdning til sykmelding, og da særlig i forhold til problematiske tilfeller, slik som ved sykmelding uten klare medisinske funn. Her er mye av forskningen basert på fokusgruppeintervjuer med leger.

5.3 Metode, datainnsamling og utvalg

En postal papirbasert spørreundersøkelse ble sendt ut til alle næringsdrivende fastleger (4 949 leger¹¹) i begynnelsen av november 2012, med svarfrist 30. november. 929 leger, eller 19 prosent av de som mottok skjemaet, hadde svart når fristen gikk ut. 12. desember ble det sendt ut en purring med frist 14. januar 2013. Vi holdt undersøkelsen åpen til 18. januar, og da hadde 1 466 leger svart, dvs. 29,6 prosent av populasjonen av leger i Norge. Hele 432 personer har i løpet av desember 2012 og januar 2013 gitt beskjed om at de ikke lenger arbeider som fastleger, eller at vi har fått konvolutt i retur med ukjent adressat. Det betyr at nettopopulasjonen (de som kunne ha svart) er 4 516, og at den reelle svarprosenten er på 32,5.¹²

Tabell 5.1 viser andel leger som har besvart undersøkelsen etter størrelsen på kommunen der de har praktiserer.

¹¹ Dette er alle fastleger i Norge med refusjonskrav pr 1. oktober 2012. Adresselisten er levert fra Helfo via Arbeidsdepartementet.

¹² I tabellene i kapittel 1 er det tatt utgangspunkt i bruttopopulasjonen, fordi frafall foreløpig ikke er knyttet til person i datafilen.

Tabell 5.1 Andel av legene som har besvart undersøkelsen, etter kommunestørrelse

| | Totalt | Besvart | Andel |
|---------------|--------|---------|-------|
| Under 2 000 | 76 | 14 | 18,4 |
| 2 000-4 999 | 457 | 126 | 27,6 |
| 5 000-9 999 | 739 | 194 | 26,3 |
| 10 000-19 999 | 807 | 245 | 30,4 |
| 20 000-50 000 | 1 138 | 367 | 32,2 |
| Over 50 000 | 1 731 | 518 | 29,9 |
| N | 4 948 | 1 464 | 29,6 |

Vi ser at svarprosenten blant legene i liten grad varierer med kommunestørrelse, selv om den er lavest i de aller minste kommunene. Av de 76 legene som ble trukket ut fra kommuner med under 2 000 innbyggere er det kun 18 prosent som har svart på undersøkelsen.

Tabell 5.2 Andel kommuner per strata som er representert i undersøkelsen

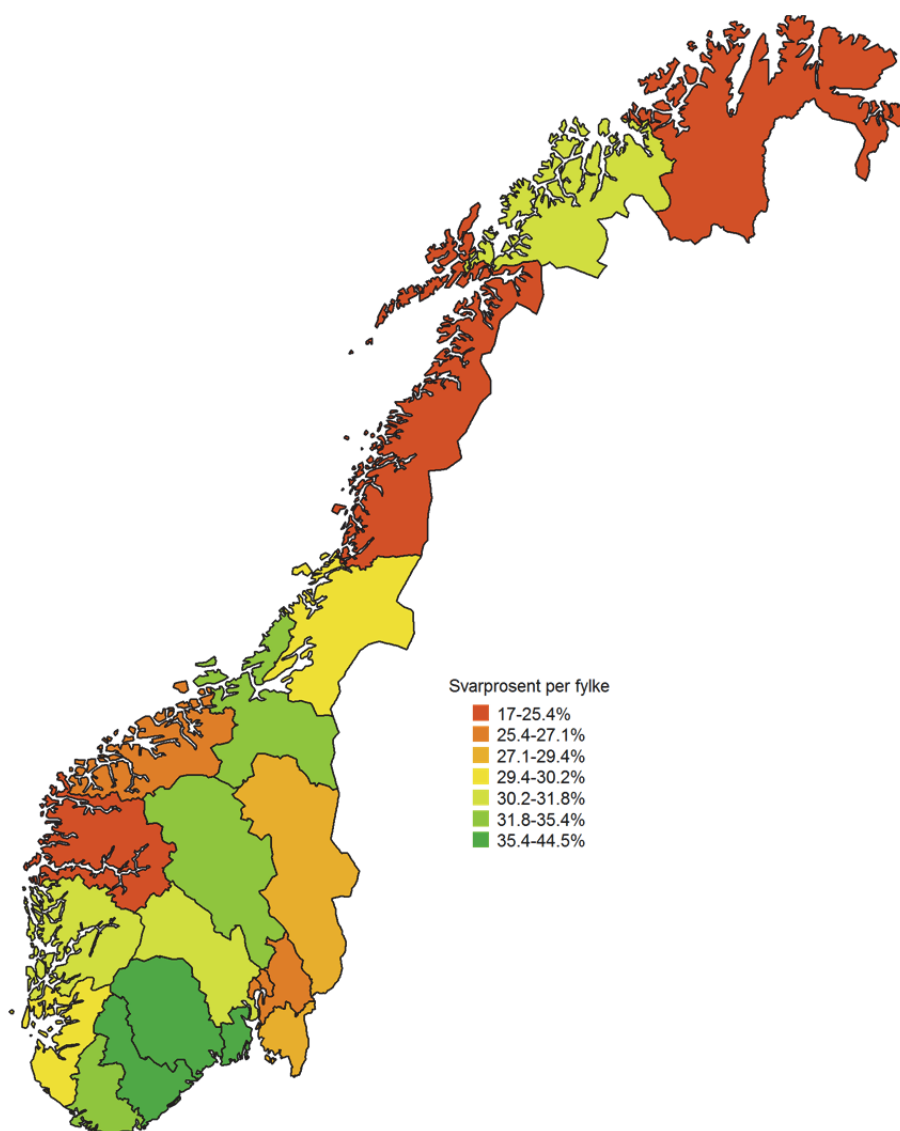
| | Totalt | Representert | Andel |
|---------------|--------|--------------|-------|
| Under 2 000 | 95 | 12 | 12.6 |
| 2 000-4 999 | 134 | 80 | 59.7 |
| 5 000-9 999 | 90 | 84 | 93.3 |
| 10 000-19 999 | 58 | 57 | 98.3 |
| 20 000-50 000 | 39 | 39 | 100 |
| Over 50 000 | 13 | 13 | 100 |
| N | 429 | 285 | 66.4 |

Tabell 5.2 viser hvilke kommuner som er representert i undersøkelsen. Merk at tabellen bare sier noe om hvorvidt kommunene er representert, ikke hvor mange leger det er i hver av dem. Deltakelsen i undersøkelsen øker klart med antall innbyggere. Dette er som forventet, siden det er flere leger i de store kommunene, og dermed større sannsynlighet for at en eller flere leger har svart på undersøkelsen. Nesten alle kommunene med 10 000 innbyggere eller mer er med i undersøkelsen. Alt i alt vil dette si at vi har en liten skjevhet i utvalget der leger som jobber i de minste kommunene i mindre grad deltok i undersøkelsen.

Tabell 5.3 Andel av legene som har svart på undersøkelsen, etter fylke

| | Totalt | Besvart | Andel (prosent) |
|------------------|--------|---------|-----------------|
| Akershus | 505 | 136 | 27 |
| Aust-Agder | 108 | 44 | 41 |
| Buskerud | 255 | 77 | 30 |
| Finnmark | 106 | 18 | 17 |
| Hedmark | 196 | 55 | 28 |
| Hordaland | 472 | 146 | 31 |
| Møre og Romsdal | 311 | 83 | 27 |
| Nord-Trøndelag | 137 | 41 | 30 |
| Nordland | 224 | 53 | 24 |
| Oppland | 209 | 68 | 33 |
| Oslo | 578 | 154 | 27 |
| Rogaland | 356 | 105 | 30 |
| Sogn og Fjordane | 155 | 30 | 19 |
| Sør-Trøndelag | 310 | 99 | 33 |
| Telemark | 149 | 58 | 39 |
| Troms | 205 | 62 | 30 |
| Vest-Agder | 189 | 62 | 33 |
| Vestfold | 211 | 94 | 45 |
| Østfold | 272 | 79 | 29 |
| N | 4 948 | 1 464 | 30 |

Ser vi på variasjoner i svarprosent etter fylke finner vi større forskjeller (Tabell 5.3). Vestfold har den høyeste svarandelen (44 prosent), fult av Aust-Agder og Telemark. Den lavest svarandelen finner vi i Finnmark (17 prosent) og Sogn og Fjordane. Dette henger sannsynligvis til en viss grad sammen med kommunestørrelse. Som vi så var svarandelen blant legene lavere i de minste kommunene. Kartet nedenfor viser de geografiske variasjonene i svarandelen.



Figur 5.1 Svarprosent etter fylke

Tabell 5.4 viser svarandel etter alder blant legene. Svarandelen øker med alder fram til fylte 70 år, der den avtar noe. Blant de yngste legene (under 30 år) er svarandelen nede i 11 prosent. Det kan skyldes at de yngste legene i mindre grad følte seg kvalifisert til å svare på undersøkelsen, eller at liten erfaring med sykmeldingsarbeid gjorde at de følte at de ikke hadde så mye å bidra med.

Tabell 5.4 Svarprosent etter alder

| | Totalt | Besvart | Andel (prosent) |
|-------------|--------|---------|-----------------|
| Under 30 år | 252 | 27 | 11 |
| 31-40 | 1560 | 393 | 25 |
| 41-50 | 1067 | 300 | 28 |
| 51-60 | 1308 | 459 | 35 |
| 61-70 | 725 | 268 | 37 |
| Over 70 år | 36 | 10 | 28 |
| N | 4 948 | 1 457 | 29 |

5.4 Forståelse av egen rolle

Hvordan opplever fastlegen sin egen rolle i sykefraværarbeidet? Funnene våre tyder på at legene ser på seg selv som sentrale aktører, som bør få mer autonomi. I spørreundersøkelsen ble legene bedt om å ta stilling til påstanden " Legene har en viktig oppgave i sykefraværarbeidet, men de må i større grad få styre hvilke sykmeldte pasienter de følger tett opp". Tabellen under viser svarfordelingen. 53 prosent av respondentene var helt eller delvis enig i påstanden, mens kun 13 prosent var delvis eller helt uenig. Omlag en av tre leger var verken enig eller uenig i påstanden, noe vi tolker som at de ser på sin egen rolle som viktig, men ikke har noe behov for å få større rom til å prioritere blant de sykmeldte.

Tabell 5.5 Legene har en viktig oppgave i sykefraværarbeidet, men de må i større grad få styre hvilke sykmeldte pasienter de følger tett opp

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 57 | 4 |
| Delvis uenig | 126 | 9 |
| Verken/ eller | 486 | 34 |
| Delvis enig | 508 | 35 |
| Helt enig | 266 | 18 |
| Sum | 1443 | 100 |

Mannlige leger er i noe mindre grad enn kvinnelige enig i dette utsagnet. Ser vi på svarene fordelt på alder finner vi små forskjeller. Det eneste er at leger i alderen 61-70 år i noe mindre grad er enig i utsagnet. Vi finner heller ingen store geografiske forskjeller. Legene Hordaland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og Østfold er mindre enig i utsagnet enn legene i referansefylket Akershus. Denne forskjellen er statistisk signifikant, men den substansielle effekten er liten.

Påstanden "Det beste hadde vært om legene kunne ha angitt hvordan NAV og arbeidsgiverne burde følge opp hver enkelt sykmeldt person" gir omlag samme svarfordeling (Tabell 5.6), men en litt større grad av uenighet. 55 prosent er helt eller delvis enig i utsagnet, mens knapt 25 prosent er helt eller delvis enig.

Tabell 5.6 Det beste hadde vært om legene kunne ha angitt hvordan NAV og arbeidsgiverne burde følge opp hver enkelt sykmeldt person

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 126 | 9 |
| Delvis uenig | 222 | 15 |
| Verken/ eller | 456 | 32 |
| Delvis enig | 468 | 33 |
| Helt enig | 166 | 12 |
| Sum | 1438 | 101 |

Det kan være at svarfordelingen ville sett annerledes ut hvis vi hadde skilt mellom NAV og arbeidsgiverne. Som vi skal se vurderes samarbeidet med begge aktørene som godt, men mange opplever også at NAV er for kontrollerende og stiller for strenge krav til dokumentasjon. Vi ser nærmere på hvordan legene oppfatter samarbeidet med arbeidsgivere og NAV i kapittel 5.5. Ser vi på

de to påstandene sammen er det ihvertfall klart at legene ønsker seg større, og ikke mindre, autonomi i arbeidet med å følge opp sykmeldte.

Gjennomgangen vår av forskningslitteraturen rundt legers rolle i oppfølgingen av sykmeldte viste at mange leger opplever en konflikt mellom rollen som pasientens advokat og behandler på den ene siden, og rollen som portvakt for sosiale ytelser på den andre (kapittel 5.2.31). Funn fra spørreundersøkelsen vår støtter opp om dette. Tabell 5.7 viser svarfordelingen.

Tabell 5.7 Jeg opplever at det er en sterk rollekonflikt mellom rollen som pasientens advokat og portvakt for folketrygden

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 74 | 5 |
| Delvis uenig | 208 | 14 |
| Verken/ eller | 274 | 19 |
| Delvis enig | 629 | 43 |
| Helt enig | 261 | 18 |
| Sum | 1446 | 99 |

61 prosent av legene i utvalget vårt var helt eller delvis enig i påstanden "Jeg opplever at det er en sterk rollekonflikt mellom rollen som pasientens advokat og portvakt for folketrygden". Omlag en av fem leger er helt eller delvis uenig. Kvinnelige leger er i noe større grad enn mannlige enig i utsagnet, og leger i aldersgruppen 31-40 år er oppgir i betydelig større grad å være enige enn referansegruppa (41-50 år). Ellers finner vi ingen klare forskjeller.

Til tross for den opplevde rollekonflikten mellom rollen som pasientens advokat og portvakt for folketrygden opplever norske leger i det store og hele at de har tillit fra de andre aktørene i sykmeldingsarbeidet (Tabell 5.8, 5.9 og 5.10).

Tabell 5.8 Jeg opplever som fastlege at myndighetene generelt har tillit til min rolle som sykmelder

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 76 | 5 |
| Delvis uenig | 238 | 16 |
| Verken/ eller | 217 | 15 |
| Delvis enig | 643 | 44 |
| Helt enig | 271 | 19 |
| Sum | 1445 | 99 |

En tydelig overvekt av legene er helt eller delvis enig i at myndighetene har tillit til dem som sykmeldere. Mannlige leger er i noe større grad enn kvinnelige enige i dette utsagnet. Vi finner noen svake aldersforskjeller her der de yngste (under 30 år) og de eldste legene (61-70) i større grad er enig i utsagnet. Leger i Sør-Trøndelag utmerker seg også med en større grad av opplevd tillit fra myndighetene (Akershus er referansekategori), ellers er det ingen tydelige geografiske forskjeller.

Ser vi på hvordan legene opplever tilliten fra NAV er tendensen enda sterkere: 72 prosent, eller nesten tre av fire leger er helt eller delvis enig i utsagnet. Kun 15 prosent er helt eller delvis uenig.

Dermed opplever legene i større grad at de har tillit fra samarbeidspartnerne på NAV-kontoret enn fra myndighetene generelt. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen.

Tabell 5.9 Jeg opplever som fastlege at NAV har tillit til min rolle som sykmelder

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 39 | 3 |
| Delvis uenig | 175 | 12 |
| Verken/ eller | 186 | 13 |
| Delvis enig | 654 | 45 |
| Helt enig | 392 | 27 |
| Sum | 1446 | 100 |

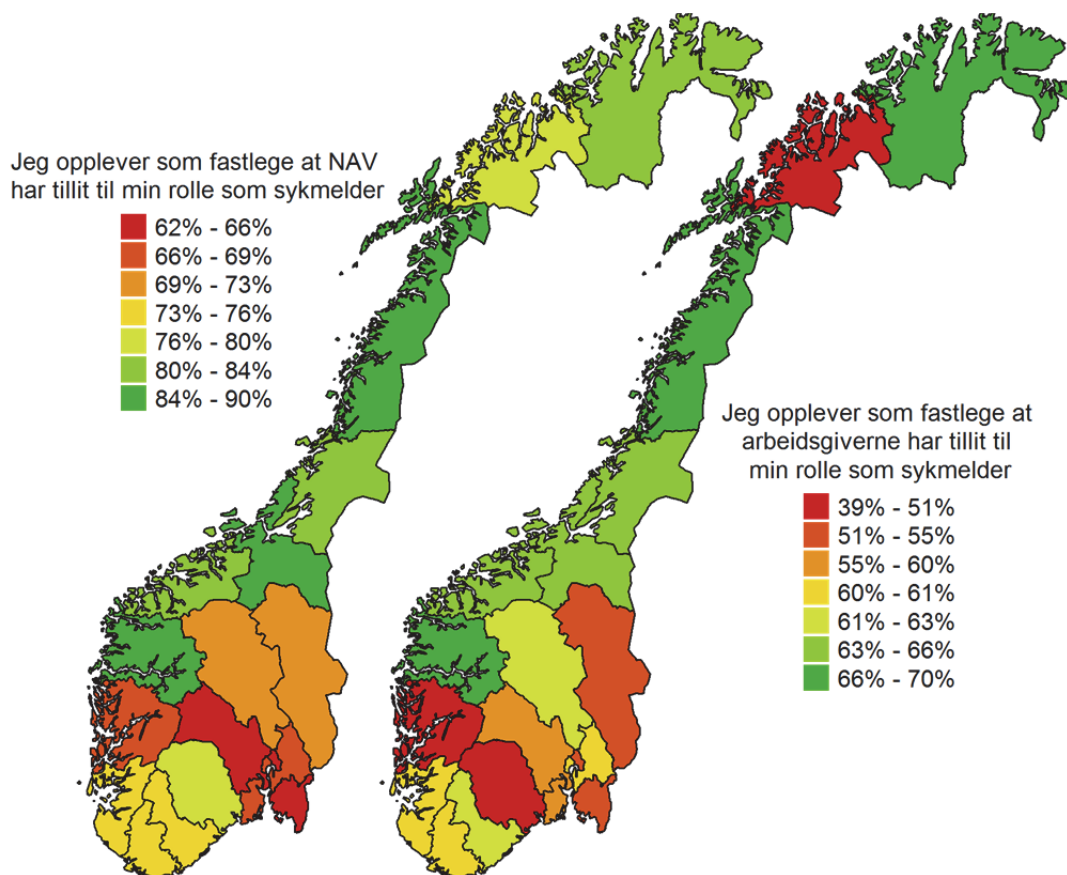
Ser vi på forskjeller mellom legene finner vi ingen signifikante forskjeller mellom menn og kvinner eller etter alder, men det er noen forskjeller etter hvor legene jobber. Leger i de to største kommunekategoriene (20 000-50 000 og over 50 000 innbyggere) sier seg klart mindre enig i dette utsagnet enn i mindre kommuner, der samarbeidet kanskje er tettere. Fylkesvis oppgir leger i Nordland, Sogn og Fjordane, Møre og Romsdal og særlig Sør-Trøndelag i betydelig større grad at de opplever å ha tillit fra NAV i rollen som sykmelder.

Legen opplever også at arbeidsgiverne har tillit til rollen deres som sykmelder. 57 prosent av legene er helt eller delvis enig i påstanden "Jeg opplever som fastlege at arbeidsgiverne har tillit til min rolle som sykmelder". Dette er noe lavere enn for myndighetene og NAV. Forskjellen er særlig stor for andelen som har svart "helt enig". Bare drøye en av ti leger opplever altså å ha full tillit fra arbeidsgiverne i sykmeldingsarbeidet. Samtidig er det nesten ingen som er helt uenig i påstanden. Tabellen nedenfor viser svarfordelingen.

Tabell 5.10 Jeg opplever som fastlege at arbeidsgiverne har tillit til min rolle som sykmelder

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 21 | 1 |
| Delvis uenig | 204 | 14 |
| Verken/ eller | 381 | 27 |
| Delvis enig | 648 | 45 |
| Helt enig | 178 | 12 |
| Sum | 1432 | 99 |

Som med forrige påstand markerer de to største kommunekategoriene seg med at legene i betydelig mindre grad kjenner seg igjen i påstanden. Det samme gjelder leger i Telemark, men ut over dette finner vi ingen systematiske forskjeller. Figur 5.2 viser svarfordelingen til utsagnene om tillit fra NAV og arbeidsgiver.



Figur 5.2 Fastlegens opplevelse av tillit fra NAV og arbeidsgiver, etter fylke

I neste delkapittel ser vi nærmere på hvordan legene opplever samarbeidet med de ulike aktørene i sykefraværarbeidet.

5.5 Samarbeid rundt oppfølgingen av sykmeldte

5.5.1 Samarbeid med arbeidsgivere

For å se hvordan legene opplever samarbeidet med arbeidsgiverne ba vi dem ta stilling til påstanden "Jeg har generelt en god dialog med arbeidsgiverne til mine pasienter". Tabell 5.11 viser hvordan svarene fordeler seg.

Tabell 5.11 Jeg har generelt en god dialog med arbeidsgiverne til mine pasienter

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 45 | 3 |
| Delvis uenig | 126 | 9 |
| Verken/ eller | 457 | 32 |
| Delvis enig | 609 | 42 |
| Helt enig | 212 | 15 |
| Sum | 1449 | 101 |

Vi ser at 57 prosent av respondentene er helt eller delvis enig i påstanden. Dette er omtrent det den samme andelen som sa seg enig i at de opplevde å ha tillit fra arbeidsgiverne. Generelt viser

mannlige leger en noe større tendens til å være enig i utsagnet enn kvinnelige leger. Det er ingen systematiske aldersforskjeller, mens leger i kommuner med 20 000 eller flere innbyggere er i betydelig mindre grad enige i at de har en god dialog med arbeidsgiverne. Fordelt etter fylke er legene i Hedmark og Nordland betydelig mer enig i utsagnet enn referansekategorien (Akershus), ellers er det ingen store forskjeller.

Over halvparten av legen mener også at dialogen med arbeidsgiverne har blitt bedre de siste årene. Kun 10 prosent er uenig i påstanden "Min dialog med arbeidsgiverne har blitt bedre de siste årene", mens 38 prosent verken er enig eller uenig.

Tabell 5.12 Min dialog med arbeidsgiverne har blitt bedre de siste årene

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 38 | 3 |
| Delvis uenig | 94 | 7 |
| Verken/ eller | 555 | 38 |
| Delvis enig | 558 | 39 |
| Helt enig | 199 | 14 |
| Sum | 1 444 | 101 |

Vi finner ikke kjønnsforskjeller i utviklingen i dialogen mellom leger og arbeidsgivere, mens leger i de to yngste aldersgruppene (under 30 år og 31-40 år) svarer i betydelig mindre grad at dialogen med arbeidsgiverne har bedret seg de siste to årene enn leger i referansekategorien (41-50 år). Fordelt etter kommunestørrelse er leger i kommuner med 10 000 eller flere innbyggere i betydelig mindre grad enige i utsagnet enn leger i kommuner med 5000-9999 innbyggere (referansekategorien).

Det er klare regionale forskjeller i svarfordelingen på dette spørsmålet. Sammenlignet med Akershus er legene i alle andre fylker mer enige i utsagnet, og forskjellen er statistisk signifikant i Aust-Agder, Hedmark, Møre og Romsdal, Nordland, Oppland, Sør-Trøndelag, Telemark, Troms, Vest-Agder, Vestfold og Østfold. I tillegg er forskjellen signifikant på 10 prosentnivå i Finnmark og Oslo. Vi står dermed igjen med Buskerud, Hordaland, Nord-Trøndelag, Rogaland og Sogn og Fjordane, hvor forskjellene *ikke* er statistisk signifikant.

På spørsmål om samarbeid med arbeidsgiver fordeler svarene seg omtrent likt som på spørsmål om dialogen med arbeidsgiver. Omtrent 60 prosent er helt eller delvis enig i utsagnet "Generelt synes jeg samarbeidet med arbeidsgiverne rundt sykmeldte fungerer godt". Bare to prosent er helt uenig.

Tabell 5.13 Generelt synes jeg samarbeidet med arbeidsgiverne rundt sykmeldte fungerer godt

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 30 | 2 |
| Delvis uenig | 184 | 13 |
| Verken/ eller | 374 | 26 |
| Delvis enig | 697 | 48 |
| Helt enig | 166 | 11 |
| Sum | 1451 | 100 |

Mannlige leger viser en noe større tendens til å være enige i at samarbeidet med arbeidsgiverne fungerer godt. Dette stemmer igjen med det vi så om hvordan legene opplever dialogen med arbeidsgiverne. Utover dette finner vi få systematiske forskjeller mellom legene. Legene i Sør-Trøndelag og særlig Nordland rapporterer om et bedre samarbeid enn legene i resten av landet.

Til tross for at legene rapporterer om et gjennomgående godt samarbeid med arbeidsgiverne er det lite kontakt mellom sykmelder og arbeidsgiver. På spørsmål om tilfeller der arbeidsgivere tar kontakt var det vanligste svaret at "arbeidsgiver tar svært sjelden kontakt". Nesten fire av fem leger oppgir at de sjelden blir kontaktet av arbeidsgiver.

Tabell 5.14 Hvis du ser bort fra kontakt for å avtale dialogmøter – i hvilke andre tilfeller/situasjoner tar arbeidsgivere kontakt med deg? (flere kryss mulig)

| Utsagn | Antall | Prosent |
|---|--------|---------|
| For å informere om at en ansatt/pasient godt kan ha en gradert sykmelding fremfor full sykmelding | 328 | 23 |
| For å informere om hvordan de (arbeidsgiver) kan tilrettelegge | 483 | 34 |
| For å informere om at de (arbeidsgiver) er uenig i sykmeldingen | 340 | 24 |
| For å få vite bakgrunnen for sykmeldingen | 171 | 12 |
| Arbeidsgivere tar svært sjelden kontakt | 1125 | 79 |
| Sum (antall som har krysset av for minst ett av alternativene) | 1424 | 100 |

I den grad arbeidsgiver tar kontakt er det som oftest for å informere om tilretteleggingsmuligheter (34 prosent). Få tar kontakt for å få vite bakgrunnen for sykmeldingen.

Svarene her varierer en del etter legene og hvor i landet de jobber. Mannlige leger oppgir i klart større grad å bli kontaktet av arbeidsgiver som ønsker å informere om at en ansatt/pasient kan ha gradert sykmelding. Vi finner ingen aldersforskjeller. Leger i kommuner med mer enn 50 000 innbyggere oppgir i betydelig lavere grad å bli kontaktet for dette. Fylkesvis skiller Hordaland og Troms seg ut med lave andeler. Her har henholdsvis 13 og 2 prosent av legene har krysset av for dette alternativet.

Leger under 30 år oppgir klart sjeldnere å bli kontaktet av arbeidsgivere som ønsker å informere om hvordan de kan tilrettelegge. Leger i kommuner med 5000-9999 innbyggere blir i noe større grad kontaktet enn legene i både større og mindre kommuner. Fordelt per fylke blir legene i Møre og Romsdal, Nordland og Telemark noe oftere kontaktet enn legene i Akershus.

Eldre leger oppgir klart sjeldnere å bli kontaktet av arbeidsgivere som ønsker å informere om at de er uenige i sykmeldinger enn sine kolleger i aldersgruppen 41-50 år. Det samme gjelder leger i kommuner med 20 000-50 000 innbyggere. Legene i Nord-Trøndelag oppgir betydelig sjeldnere å bli kontaktet av arbeidsgivere på dette grunnlaget, men ut over dette finner vi ingen tydelige forskjeller.

Det ser ut til å være relativt sjelden at arbeidsgivere tar kontakt med arbeidstakernes fastlege for å få vite bakgrunnen for sykmeldinger. Kvinnelige leger opplever dette noe sjeldnere enn sine mannlige kolleger, og leger i aldersgruppen 61-70 år opplever det klart sjeldnere enn leger i aldersgruppen 41-50 år. Vi finner ingen tydelige forskjeller i forhold til kommunestørrelse eller fylke.

79 prosent av legene oppgir at arbeidsgivere svært sjelden tar kontakt. Her finner vi ingen kjønnsforskjeller, mens leger i alderen 51-70 år er noe mindre tilbøyelige til å oppgi at arbeidsgiverne svært sjelden tar kontakt. Det samme gjelder kommuner med mer enn 10 000 innbyggere. Vi finner ingen fylkesvise forskjeller.

5.5.2 Samarbeid med NAV

For å se hvordan legene opplever samarbeidet med NAV ba vi dem ta stilling til påstanden "Jeg synes samarbeidet med NAV generelt fungerer godt". Tabell 5.15 viser hvordan svarene fordeler seg.

Tabell 5.15 Jeg synes samarbeidet med NAV generelt fungerer godt

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 62 | 4 |
| Delvis uenig | 186 | 13 |
| Verken/ eller | 219 | 15 |
| Delvis enig | 669 | 46 |
| Helt enig | 311 | 21 |
| Sum | 1447 | 99 |

67 prosent av legene som har besvart undersøkelsen er helt eller delvis enig i at samarbeidet med NAV generelt fungerer godt, mot 17 prosent som er helt eller delvis uenig. Vi finner ingen kjønns- eller aldersforskjeller, men leger i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere er mindre enige i dette utsagnet enn legene i referanse-kategorien (5 000-9 999 innbyggere). Fordelt etter fylke er legene i Nordland og Sør-Trøndelag betydelig mer enig i utsagnet enn legene i Akershus, mens legene i Oslo er betydelig mer uenig.

Selv om et flertall av legene mener at samarbeidet med NAV jevnt over fungerer godt, er det også et flertall som mener at det er for mye kontroll og dokumentasjon fra NAV knyttet til sykmeldingsarbeidet. 54 prosent er helt eller delvis enig i denne påstanden. Det er få forskjeller mellom legene. De i den yngste aldersgruppa er klart mindre enig i dette utsagnet, ellers finner vi ingen systematiske forskjeller.

Tabell 5.16 Det er for mye kontroll og dokumentasjon fra NAV knyttet til sykmeldinger

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 89 | 6 |
| Delvis uenig | 236 | 16 |
| Verken/ eller | 338 | 23 |
| Delvis enig | 418 | 29 |
| Helt enig | 370 | 25 |
| Sum | 1451 | 99 |

5.6 Tidsbruk i sykmeldingsarbeidet

Gjennomgangen vår av den internasjonale forskningslitteraturen viser at mange leger ser på sykmeldingsarbeidet som tidkrevende. For å få et bedre overblikk over hvor mye ressurser som går med til oppfølging av sykmeldte ba vi legene anslå hvor mange timer i uka de vanligvis bruker på sykmeldingsarbeid. Tabell 5.17 viser svarfordelingen.

Tabell 5.17 Ta utgangspunkt i en typisk arbeidsuke for deg: Hvor mange timer vil du anslå at du bruker på sykmeldingsarbeid?

| Timer | Antall | Prosent |
|-------|--------|---------|
| 0-2 | 196 | 14 |
| 3 | 177 | 13 |
| 4 | 181 | 13 |
| 5 | 274 | 20 |
| 6 | 104 | 7 |
| 7-10 | 224 | 16 |
| 11-50 | 243 | 17 |
| Sum | 1399 | 100 |

Median anslått arbeidstid på sykmeldingsarbeid blant respondentene i undersøkelsen er fem timer. Gjennomsnittet, på 5,9 timer, trekkes opp av et fåtall som bruker svært mye tid på dette. Vi finner en tydelig tendens til at kvinnelige leger bruker mer tid per uke på sykmeldingsarbeid enn sine mannlige kolleger. Leger som er eldre enn 50 år oppgir å bruke noe mindre tid på sykmeldingsarbeid enn legene i aldersgruppen 41-50 år. Gruppert etter kommunestørrelse viser tallene en tendens til at økende kommunestørrelse korrelerer med mer arbeidstid brukt på sykmeldingsarbeid – med unntak av kommunene med over 50 000 innbyggere, hvor tallet er noe lavere. Med kommuner med 5 000-9 999 innbyggere som referansekategori er det imidlertid bare kommunene med 20 000-50 000 innbyggere som gir et statistisk signifikant utslag. Her bruker legene i gjennomsnitt 6,5 timer i uken på sykmeldingsarbeid, mot 5,4 timer i referanse kategorien. Fordelt etter fylke finner vi at legene i Sogn og Fjordane bruker klart mindre tid på sykmeldingsarbeid enn legene i Akershus, men ellers er det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom fylkene.

Tabell 5.18 Fordeling av arbeidstid brukt på sykmeldingsarbeid, etter kommunestørrelse

| Under 2 000 | 2 000-4 999 | 5 000-9 999 | 10 000-19 999 | 20 000-50 000 | Over 50 000 |
|-------------|-------------|-------------|---------------|---------------|-------------|
| 4,0 | 5,0 | 5,4 (ref.) | 6,1 | 6,5* | 5,7 |

*: statistisk signifikant på 0,05-nivå

Tabell 5.19 Oppgaven som sykmelder tar stadig mer av min arbeidstid

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 51 | 4 |
| Delvis uenig | 101 | 7 |
| Verken/ eller | 268 | 19 |
| Delvis enig | 569 | 40 |
| Helt enig | 447 | 31 |
| Sum | 1436 | 101 |

En klar overvekt av legene her helt eller delvis enig i at oppgaven som sykmelder tar stadig mer av arbeidstiden. Kvinnelige leger er i noe større grad enig i dette utsagnet enn mannlige, og leger som er 60 år eller eldre er i noe mindre grad enige. Legene i Aust-Agder, Hordaland og Oslo er også i betydelig grad mindre enige i dette utsagnet enn legene i referanse-kategorien, Akershus. Kun 11 prosent av legene er uenig i utsagnet.

I de neste to delkapitlene ser vi nærmere på to av elementene i oppfølgingsarbeidet, nemlig oppfølgingsplanen og dialogmøtene.

5.7 Oppfølgingsplan

I kapittel 4 om arbeidsgivernes erfaringer fant vi at 54 prosent av arbeidsgiverne mener at det er nyttig at legen får tilsendt oppfølgingsplanen. På spørsmål om legen leser oppfølgingsplanen svarte 8 prosent av arbeidsgiverne ja, 28 prosent nei, og 63 prosent visste ikke. Tabell 5.20 viser i hvilken grad legene faktisk bruker oppfølgingsplanene i dialogen med den sykmeldte. Drøyt en av fire oppgir å bruke oppfølgingsplanene "ofte" eller "alltid", men 47 prosent sjelden eller aldri bruker oppfølgingsplanen. 36 prosent bruker planen av og til. Med andre ord er det kun et mindretall som faktisk bruker de tilsendte oppfølgingsplanene.

Tabell 5.20 Hvor ofte bruker du oppfølgingsplanene aktivt i din dialog med sykmeldte?

| | Antall | Antall |
|-----------|--------|--------|
| Alltid | 67 | 5 |
| Ofte | 314 | 22 |
| Av og til | 520 | 36 |
| Sjelden | 447 | 31 |
| Aldri | 85 | 6 |
| Sum | 1433 | 100 |

Overvekten av legene oppgir at oppfølgingsplanene av og til eller sjelden brukes aktivt i dialog med den sykmeldte. Vi finner ingen kjønns- eller aldersforskjeller, men leger i de minste kommunene (N=14) oppgir i større grad å bruke oppfølgingsplanene aktivt enn leger i referansegruppen. Fordelt etter fylke finner vi at legene i Østfold i klart større grad oppgir å bruke oppfølgingsplanene ofte eller alltid.

Tabell 5.21 Bidrar oppfølgingsplanen til at du lettere kan vurdere behov for videre sykmelding?

| | Antall | Prosent |
|-----------|--------|---------|
| Alltid | 31 | 2 |
| Ofte | 232 | 16 |
| Av og til | 507 | 35 |
| Sjelden | 524 | 37 |
| Aldri | 139 | 10 |
| Sum | 1433 | 100 |

En overvekt av legene (72 prosent) oppgir at oppfølgingsplanen av og til eller sjelden bidrar til at de lettere kan vurdere behov for videre sykmelding. Vi finner ikke tydelige forskjeller for kjønn, alder eller kommunistørrelse. Det eneste fylket som skiller seg ut er Nordland, hvor legene i betydelig større grad svarer "alltid" eller "ofte".

På åpent spørsmål om "hvilken informasjon i oppfølgingsplanene som er viktig for deg som sykmelder" er tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen det svaret som nevner oftest. Drøyt halvparten av legene som svarer på spørsmålet nevner dette. I tillegg tas mulighet for gradering av sykmeldingen og alternative arbeidsoppgaver ofte opp. Oppfølgingsplanene brukes også til å få et inntrykk av stemningen på arbeidsplassen, og arbeidsgivers og arbeidstakers motivasjon – for eksempel om arbeidsgiver ønsker å få pasienten tilbake. Et annet punkt som går igjen er at det er nyttig for legen med informasjon om konkrete arbeidsoppgaver, også dette for å bedre kunne vurdere gradering av sykmeldingen.

Et annet hyppig svar er at de sjelden inneholder informasjon legen ikke kjenner fra før, gjennom informasjon han/hun har fått fra pasienten. Samtidig er det en del som oppgir at de bruker oppfølgingsplanene til å finne ut hva pasienten sier til arbeidsgiver.

I tillegg til dette er det mange leger som oppgir at oppfølgingsplanene er verdiløse, at de bare inneholder tomme fraser eller at de kjenner innholdet fra før. En kommentar som går igjen er at det er problematisk at oppfølgingsplanene ikke er elektroniske, noe som gjør det tungvint og tidkrevende å forholde seg til dem.

Enkelte leger klager over dårlige og diffust utfylte oppfølgingsplaner, eller uttrykker sympati med arbeidsgiverne som må slite med den ekstrabelastningen oppfølgingsplanene utgjør. Andre oppgir at de har ikke tid til å lese dem, eller at de blir makulert ulest.

Ser vi på rutiner for å motta og registrere oppfølgingsplanene blant legen finner vi også en del variasjon. Knappt halvparten oppgir at de scanner dem og legger dem inn i journalen, mens knapt en av fire setter dem i permer. En av ti har ikke noe system.

Tabell 5.22 Hvilket system har dere for å motta oppfølgingsplaner?

| | Antall | Prosent |
|---------------------------------|--------|---------|
| Scanner og legger inn i journal | 738 | 49 |
| Setter inn i permer | 340 | 23 |
| Har ikke noe system | 158 | 11 |
| Annet | 263 | 18 |
| Sum | 1499 | 101 |

Oppfølgingsplanen skal utarbeides innen fire ukers sykmelding. Likevel skjer det ikke alltid at legene får tilsendt oppfølgingsplanen før Dialogmøte 1. 49 prosent av legene oppgir at det skjer ofte at de ikke har mottatt oppfølgingsplan før Dialogmøte 1 blir gjennomført. Det er ingen tydelige forskjeller etter kjønn, alder og kommunestørrelse, mens legene i Hedmark og Møre og Romsdal oppgir noe sjeldnere at de ofte eller alltid ikke mottar oppfølgingsplan før Dialogmøte 1.

Tabell 5.23 Hvor ofte har det skjedd at du ikke har mottatt oppfølgingsplan før Dialogmøte 1 blir gjennomført?

| | Antall | Prosent |
|-----------|--------|---------|
| Alltid | 15 | 1 |
| Ofte | 699 | 49 |
| Av og til | 480 | 34 |
| Sjelden | 198 | 14 |
| Aldri | 39 | 3 |
| Sum | 1431 | 101 |

5.8 Dialogmøtene

5.8.1 Dialogmøte 1

For å undersøke hvordan legene opplever nytteverdien av å delta på Dialogmøte 1 ba vi respondentene ta stilling til følgende påstand "Det er fornuftig at legene (i utgangspunktet) har en lovfestet plikt til å delta i Dialogmøte 1". Tabellen under viser svarfordelingen.

Tabell 5.24 Det er fornuftig at legene (i utgangspunktet) har en lovfestet plikt til å delta i Dialogmøte 1

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 487 | 34 |
| Delvis uenig | 348 | 24 |
| Verken/ eller | 149 | 10 |
| Delvis enig | 309 | 22 |
| Helt enig | 137 | 10 |
| Sum | 1430 | 100 |

Interessant nok er 58 prosent av legene helt eller delvis uenig i dette utsagnet. Vi finner ingen forskjeller mellom menn og kvinner eller mellom ulike aldersgrupper. Legene i de minste kommunene er i noe større grad enig, mens det er legene i de største kommunene som er mest uenig, ellers er det få geografiske forskjeller. Kun en av ti leger er helt enig i at legene i utgangspunktet bør være med på Dialogmøte 1.

Når det gjelder nytteverdien av Dialogmøte 1 mener et flertall av legene, eller 62 prosent, at Dialogmøte 1 i noen tilfeller har en god effekt på tilbakeføring til jobb. Vi finner ikke tydelige forskjeller i forhold til kjønn, alder eller kommunestørrelse, mens leger i Hedmark i større grad er enig i utsagnet enn leger i Akershus. Legene i Hordaland er derimot klart mindre enig.

Tabell 5.25 Dialogmøte 1 har god effekt på tilbakeføring til jobb

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 185 | 13 |
| Ja, i noen tilfeller | 868 | 62 |
| Nei | 357 | 25 |
| Sum | 1410 | 100 |

Nytteverdien ser ut til å være den samme i forhold til gradering; knapt 60 prosent av legene svarer at dialogmøte i noen tilfeller bidrar til en avklaring av hva den sykmeldte kan gjøre på arbeidsplassen.

Tabell 5.26 Når jeg deltar i Dialogmøte 1 (med den sykmeldte og arbeidsgiver) oppnår vi en avklaring av hva den sykmeldte kan gjøre på arbeidsplassen

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 460 | 33 |
| Ja, i noen tilfeller | 820 | 59 |
| Nei | 116 | 8 |
| Sum | 1396 | 100 |

Bare en liten andel, åtte prosent, av legene svarer nei på dette spørsmålet, og den eneste tydelige forskjellen vi finner innad blant legene er at legene i Møre og Romsdal i betydelig større grad enn legene i Akershus svarer at de er enig.

5.8.2 Dialogmøte 2

Legene er totalt sett mer positiv til en lovfestet plikt til å delta på Dialogmøte 2 enn Dialogmøte 1. 64 prosent er helt eller delvis enig i forhold til Dialogmøte 2, mot 32 prosent i forhold til Dialogmøte 1. Vi finner ingen forskjeller mellom menn og kvinner, mens de i aldersgruppen 61-70 år i noe mindre grad er enige i utsagnet. Leger i kommuner med over 50 000 innbyggere er klart mindre enige i utsagnet enn legene i referansegruppen (5000-9999 innbyggere). Vi finner ingen forskjeller mellom fylkene.

Tabell 5.27 Det er fornuftig at legene (i utgangspunktet) har en lovfestet plikt til å delta i Dialogmøte 2

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 204 | 14 |
| Delvis uenig | 184 | 13 |
| Verken/ eller | 131 | 9 |
| Delvis enig | 561 | 39 |
| Helt enig | 351 | 25 |
| Sum | 1431 | 100 |

68 prosent av legene mener at Dialogmøte 2 i noen tilfeller har en god effekt på tilbakeføring til jobb. Her finner vi ingen forskjeller mellom legene.

Tabell 5.28 Dialogmøte 2 har god effekt på tilbakeføring til jobb

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 216 | 15 |
| Ja, i noen tilfeller | 954 | 68 |
| Nei | 243 | 17 |
| Sum | 1413 | 100 |

5.8.3 Dialogmøte 3

Ser vi på holdninger til dialogmøte 3 sammenlignet med Dialogmøte 1 og 2 er legene mer positive til dialogmøte 3 enn til Dialogmøte 1, men mindre positive enn til Dialogmøte 2. 60 prosent er enig i at det er fornuftig at legene i utgangspunktet er pliktig til å delta i dialogmøte 3, mens en av fire er helt eller delvis uenig.

Tabell 5.29 Det er fornuftig at legene (i utgangspunktet) har en lovfestet plikt til å delta i dialogmøte 3

| | Antall | Prosent |
|---------------|--------|---------|
| Helt uenig | 206 | 14 |
| Delvis uenig | 158 | 11 |
| Verken/ eller | 215 | 15 |
| Delvis enig | 524 | 37 |
| Helt enig | 323 | 23 |
| Sum | 1426 | 100 |

Leger i aldersgruppen 61-70 år er i noe mindre grad enige i at det er fornuftig med en lovfestet plikt til at legene deltar i dialogmøte 3. Det samme gjelder legene i kommuner med over 20 000 innbyggere. Det eneste fylket som skiller seg ut er Nordland, hvor legene er betydelig mer tilbøyelige til å være enige i utsagnet.

Tabell 5.30 Dialogmøte 3 har god effekt på overgang til jobb

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 156 | 11 |
| Ja, i noen tilfeller | 819 | 60 |
| Nei | 394 | 29 |
| Sum | 1369 | 100 |

Troen på dialogmøte 3 sin effekt på å få pasientene tilbake i jobb er noe lavere enn for Dialogmøte 2. Heller ikke her finner vi forskjeller basert på legenes kjønn, alder eller arbeidssted. Samlet sett er det Dialogmøte 2 som flest vurderer at det er fornuftig å være tilstede på. Felles for vurderingen av alle dialogmøtene er at de "i noen tilfeller" bidrar til avklaring og økt aktivitet. Det ser ut til å være bred enighet om at dialogmøter ikke alltid fører til verken tilbakeføring til jobb, avklaring av hva den sykmeldte kan gjøre på arbeidsplassen, eller effekt på overgang til jobb, selv om de gjør det i noen tilfeller.

5.8.4 Hvilket dialogmøte er viktigst?

På direkte spørsmål om hvilket dialogmøte det er viktigst at legen er med på peker Dialogmøte 2 seg tydelig ut. To av tre leger mener det er dette dialogmøtet som er det viktigste å være med på. Igjen finner vi kun små forskjeller legene imellom.

Tabell 5.31 Basert på dine erfaringer, hvilket møte er det viktigst at legen deltar på?

| | Antall | Prosent |
|-------------------|--------|---------|
| Dialogmøte 1 | 270 | 21 |
| Dialogmøte 2 | 863 | 67 |
| Dialogmøte 3 | 55 | 4 |
| Dialogmøte 2 og 3 | 92 | 7 |
| Sum | 1280 | 99 |

5.8.5 De andre aktørene på dialogmøte

Jevnt over er legene positive til de andre aktørene på dialogmøte. Fire av fem mener at bedriftshelsetjenesten er positiv, enten som regel eller i noen tilfeller. 19 prosent av legene svarer at bedriftshelsetjenestens bidrag *ikke* har vært positivt. Her er det ingen klare forskjeller legene imellom.

Tabell 5.32 I de dialogmøtene jeg har deltatt, har bedriftshelsetjenestens deltakelse vært positiv

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 536 | 39 |
| Ja, i noen tilfeller | 586 | 42 |
| Nei | 259 | 19 |
| Sum | 1381 | 100 |

NAV sin rolle vurderes enda mer positiv. Nesten to av tre leger svarer at NAVs deltakelse "som regel" har vært positiv. Svært få mener totalt sett at NAVs deltakelse ikke har vært positiv, men mannlige leger er noe mer tilbøyelige til å oppgi dette. Leger i alderen 31-40 år har et klart mer positivt inntrykk av NAVs rolle i dialogmøtene enn legene i referansegruppen (41-50 år), mens legene i aldersgruppen 61-70 år er noe mindre enige i at NAVs deltakelse har vært positiv. I forhold til kommunestørrelse finner vi ingen tydelige forskjeller, mens det eneste fylket som skiller seg klart fra Akershus er Vestfold, hvor legene er klart mer positive til NAVs rolle i dialogmøtene.

Tabell 5.33 I de dialogmøtene jeg har deltatt, har NAV sin deltakelse vært positiv

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 595 | 64 |
| Ja, i noen tilfeller | 309 | 33 |
| Nei | 28 | 3 |
| Sum | 932 | 100 |

Vi ba også legene om å ta stilling til påstanden " NAV tar initiativ til diskusjoner rundt arbeidsrettede tiltak/rehabilitering i Dialogmøte 2". Nesten alle legene som har besvart dette spørsmålet mener at NAV som regel tar et slikt initiativ. Også her er legenes oppfatning stort sett lik på tvers av kjønn, alder og geografisk plassering.

Tabell 5.34 NAV tar initiativ til diskusjoner rundt arbeidsrettede tiltak/rehabilitering i Dialogmøte 2

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 843 | 60 |
| Ja, i noen tilfeller | 515 | 37 |
| Nei | 46 | 3 |
| Sum | 1404 | 100 |

5.8.6 Innkallingsrutiner

For at legene skal stille forberedt på dialogmøte er det en forutsetning at innkallingen kommer i tilstrekkelig tid i forveien. Dette ser ut til å være et problem særlig i forbindelse med Dialogmøte 1.

Tabell 5.35 Innkalling til Dialogmøte 1 kommer i god nok tid til at jeg kan foreta nødvendig planlegging

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 365 | 26 |
| Ja, i noen tilfeller | 426 | 30 |
| Nei | 621 | 44 |
| Sum | 1412 | 100 |

Det er klar variasjon i oppfatningen av om innkallingene til Dialogmøte 1 kommer i god nok tid til at legene kan foreta nødvendig planlegging. Mannlige leger er i klart større grad enig i dette utsagnet enn de kvinnelige, og legene i alderen 31-40 år er i mindre grad enig enn legene i aldersgruppen 41-50 år. Vi finner ingen tydelige forskjeller ut fra kommunestørrelse, mens legene i Aust-Agder, Hedmark, Nordland og Sogn og Fjordane er i betydelig større grad enn legene i Akershus enig i utsagnet.

Ser vi på Dialogmøte 2 er det større enighet om at innkallingen kommer i tide.

Tabell 5.36 Innkalling til Dialogmøte 2 kommer i god nok tid til at jeg kan foreta nødvendig planlegging

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 752 | 53 |
| Ja, i noen tilfeller | 467 | 33 |
| Nei | 199 | 14 |
| Sum | 1418 | 100 |

Sammenlignet med innkallingene til Dialogmøte 1 oppgir en betydelig lavere andel av legene at innkallingene til Dialogmøte 2 ikke kommer tidsnok til at de kan foreta nødvendig planlegging. Vi finner ingen tydelige kjønns- eller aldersforskjeller i legenes besvarelser, men i de største kommunene (over 50 000 innbyggere) er legene i betydelig større grad uenige i at innkallingene kommer i god nok tid. Fylkesvis finner vi ingen tydelige forskjeller.

5.8.7 Taushetsplikt på dialogmøtene

Tidligere forskning tyder på at mange leger kan oppleve at oppfølgingen av sykmeldte stiller taushetsplikten på prøve. I undersøkelsen vår oppgir 83 prosent av legene at det tas opp spørsmål eller problemstillinger i dialogmøtene som utfordrer taushetsplikten. Her er det ingen forskjeller mellom menn og kvinner, men svarene varierer noe med legens alder. Leger i alderen 31-40 år svarer

i klart større grad ja på dette enn legene i aldersgruppen 41-50 år. Leger i alderen 61-70 år er derimot betydelig mindre enig i denne påstanden. Legene i de største kommunene oppgir også i større grad at dette skjer.

Tabell 5.37 Det tas ofte opp spørsmål/problemstillinger i dialogmøtene som utfordrer taushetsplikten jeg har som lege

| | Antall | Prosent |
|----------------------|--------|---------|
| Ja, som regel | 443 | 31 |
| Ja, i noen tilfeller | 739 | 52 |
| Nei | 246 | 17 |
| Sum | 1428 | 100 |

5.9 Oppsummering

Funnene våre tyder på at legene oppfatter seg selv som en sentral aktør i sykmeldingsarbeidet, og et flertall av dem skulle også gjerne hatt større frihet til selv å prioritere mellom pasienter. Som vi diskuterer flere steder i denne rapporten er ikke alle sykefraværstilfeller like, og dette ser også legene. Dermed ønsker mange leger rom til å kunne lage mer individuelle oppfølgingsløp, der noen sykmeldte følges opp tettere enn andre. Et lite flertall mener også at de burde ha større tyngde i forhold til NAV og arbeidsgiver. Samarbeidet med de andre aktørene i sykmeldingsarbeidet vurderes gjennomgående som godt.

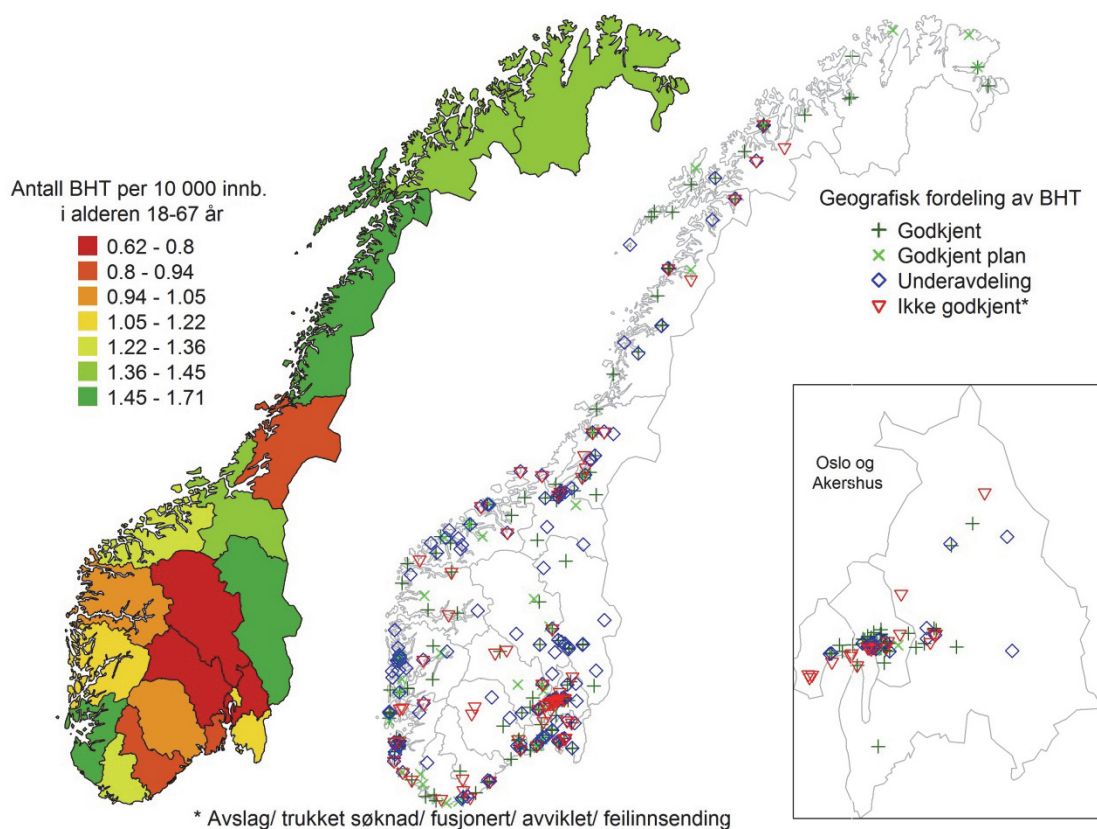
Ser vi på de konkrete elementene i det lovpålagte sykefraværarbeidet er det ikke alt som vurderes som nyttig eller nødvendig. Kun et mindretall av legene oppgir at de bruker de tilsendte oppfølgingsplanene. Når det gjelder dialogmøtene peker Dialogmøte 2 seg klart ut som det viktigste fra legenes ståsted. Dialogmøtene vurderes gjerne som nyttige i noen tilfeller, noe som igjen peker mot behovet for økt differensiering av ulike grupper sykmeldte.

Vi skulle gjennomføre en enkel kartlegging av legenes rolle i sykmeldingsarbeidet. En slik kartlegging reiser nødvendigvis en del nye spørsmål som vi ikke får besvart her. Blant annet ser vi at det er klare geografiske forskjeller både mellom landsdeler og ulike kommuner i svarene. Videre forskning bør se nærmere på disse forskjellene for å finne systematiske mønstre. Vi vet for eksempel at det er store forskjeller i hvordan NAV er organisert. Dette kunne vært satt i sammenheng med hvordan legene vurderer samarbeidet med NAV. Det er også relativt store geografiske forskjeller i hvor mange leger som har svart på undersøkelsen. For eksempel er det verdt å merke seg at Vestfold har den klart høyeste svarprosenten. Det er også i Vestfold vi finner den såkalte Larvik-modellen (1-2-3-4-modellen). Det er rimelig å tro at det er en skjevhet i utvalget ved at de legene som ser på sykefraværarbeidet som viktig som har valgt å bruke tid på å svare på undersøkelsen, mens de som er mer negativt innstilt ikke har svart. En grundigere undersøkelse av legers oppfatning av sykmeldingsarbeidet ville også kunne se nærmere på om det er ulike holdninger som opptrer sammen. Er det de legene som synes at sykefraværarbeidet er viktig som opplever at samarbeidet med arbeidsgiver er godt, og som synes at det er nyttig å delta på Dialogmøte 1? Her kan mer detaljerte analyser gi bedre svar.

Med implementering av Samhandlingsreformen pålegges kommunene nye oppgaver, og de får ansvaret for nye grupper pasienter med omfattende medisinske behov. Kommunene skal forebygge mer og behandle tidligere, for å redusere behovet for spesialisthelsetjenester. Det blir også en stadig større andel eldre i befolkningen og disse har i større grad bruk for helsetjenester enn yngre

innbyggere. Dette innebærer økt innsats fra allmennlegene i kommunene, altså fastlegene. Man kan ikke forvente at legene samtidig skal bruke mye av sin tid på arbeidsgiverne til de sykmeldte. Som vi skal se i kapittel 7 bruker legene mye tid på å dokumentere medisinske forhold rundt en sykmelding, uten at dette har noen særlig effekt på sykefraværet. De går fortsatt på dialogmøter som oppleves som lite nyttig, og som fører til at de har mindre tid til gamle og syke pasienter. Det må komme en bedre seleksjon på hvilke møter legen skal delta på og det bør være et lite antall. Vi foreslår at Dialogmøte 1 skal foregå uten legen eller NAV, men at Dialogmøte 2 skal fremskyndes dersom det ikke kommer noe klart ut fra Dialogmøte 1. Da kan NAV vurdere om legen skal kalles inn. Det er ikke effektivt at arbeidsgiver kaller inn legene.

6 Bedriftshelsetjenestenes erfaringer



6.1 Antall, type og lokalisering av BHT-er i Norge

I dette delkapittelet gir vi en samlet oversikt over BHT-ene i Norge basert på tall fra Arbeidstilsynets register over alle BHT-ene.

Totalt er det altså 366 bedriftshelsetjenester i Norge. Av disse er det 79 som har en eller flere underavdelinger, og til sammen har disse 191 underavdelinger. Det er dermed totalt 557 BHT-avdelinger i Norge.

Tabell 6.1 Antall bedriftshelsetjenester i Norge høsten 2012 etter status om godkjenning. Kilde: Arbeidstilsynets oversikt

| | Antall | Andel |
|---|--------|-------|
| Godkjent | 241 | 66 |
| Godkjent plan | 20 | 5 |
| Under behandling | 23 | 6 |
| Ikke godkjent (Avslag/trukket søknad/fusjonert/avviklet/feilinnsending) | 82 | 22 |
| Totalt | 366 | 100 |

Fra 2010 ble det innført en godkjenningsordning for BHT. Høsten 2012 var to av tre bedriftshelsetjenester godkjent, 22 prosent var ikke godkjent av ulike årsaker.

Ser vi på andel som ikke er godkjent finner vi at for de 287 BHT-ene som ikke har underavdelinger, gjaldt dette 78 enheter, eller 27 prosent. Ser vi på de 79 som har underavdelinger, var det bare fire enheter, eller fem prosent som ikke ble godkjent. Den vanligste årsaken til at BHT-er ikke blir godkjent, er at de ikke oppfyller kompetansekravene.

Tabell 6.2 Ansattes kontakt med bedriftshelsetjeneste

| | 1996 | 2000 | 2003 | 2006 | 2009 |
|--|------|------|------|------|------|
| Jobber i bedrift med bedriftshelsetjeneste, andel av ansatte | 59 | 62 | 62 | 60 | 57 |
| Har hatt kontakt med bedriftshelsetjeneste siste 12 mnd., andel av ansatte | 30 | 27 | 27 | 24 | 22 |
| Kan fritt kontakte bedriftshelsetjenesten, uten å gå gjennom leder, andel av ansatte | | | | | 46 |

*Nyere tall er ikke tilgjengelige

BHT sin rolle generelt er regulert i Arbeidsmiljøloven § 3-3:

§ 3-3. Bedriftshelsetjeneste

(1) Arbeidsgiver plikter å knytte virksomheten til en bedriftshelsetjeneste godkjent av Arbeidstilsynet når risikoforholdene i virksomheten tilsier det. Vurderingen av om slik plikt foreligger skal foretas som ledd i gjennomføringen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet.

(2) Bedriftshelsetjenesten skal bistå arbeidsgiver, arbeidstakerne, arbeidsmiljøutvalg og verneombud med å skape sunne og trygge arbeidsforhold.

(3) Bedriftshelsetjenesten skal ha en fri og uavhengig stilling i arbeidsmiljøspørsmål.

(4) Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om når og i hvilken utstrekning arbeidsgiver plikter å knytte til seg bedriftshelsetjeneste, om hvilke faglige krav som skal stilles til tjenesten og om hvilke oppgaver den skal utføre.

(5) Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om at bedriftshelsetjeneste etter denne paragraf må godkjennes av Arbeidstilsynet og om det nærmere innholdet i en slik godkjenningsordning.

6.2 En tjeneste i endring

Bedriftshelsetjenesten i Norge har vært gjennom en del omorganisering de siste årene som følge av regelendringer i 2010. Dette året ble plikten til å ha BHT utvidet til å gjelde flere nye bransjer, og det ble innført en godkjenningsordning for BHT. Godkjenningen definerer minstekrav til blant annet sammensetning på personalet, kompetanse og krav til kvalitetssystemer av tjenestene og kompetanseutvikling av eget personell. Som en følge av dette har det vært en utvikling der en del bedriftshelsetjenester har blitt lagt ned som følge av manglende godkjenning, og mange bedriftshelsetjenester har slått seg sammen.

Videre har Statens arbeidsmiljøinstitutt utviklet et verktøy for å evaluere kvaliteten på bedriftshelsetjenesten, kalt God BHT. Ifølge den reviderte utgaven fra 2013 skal en god bedriftshelsetjeneste blant annet holde høy faglig standard, samarbeide aktivt med virksomheten, og bidra til medvirkning og egenaktivitet blant ledelse og ansatte. Det legges altså stor vekt på samarbeidet med virksomheten (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2013).

Statens arbeidsmiljøinstitutt undersøkte kvaliteten i bedriftshelsetjenesten i 2011 (Lie, Bjørnstad, and Gudding 2011). Evalueringen baserte seg på en spørreundersøkelse som gikk ut til alle landets bedriftshelsetjenester, der 75 prosent svarte (N=241). Spørreundersøkelsen tok blant annet opp erfaringer med den nye godkjenningsordningen og med evalueringsverktøyet God BHT. Mer enn halvparten av de som svarte oppgir at godkjenningsordninger har ført til bedre kvalitet i arbeidet deres. Det er de små bedriftshelsetjenestene som har måttet omstille seg mest, og det er de som har gjort flest omstillinger som i størst grad mener at kvaliteten har blitt bedre. Stami mener at dette tyder på at de endringene som har vært gjort i stor grad oppfattes som nyttige, og at godkjenningsordningen oppleves som positiv. Det gjenstår imidlertid å se om virksomhetene opplever at kompetansen i bedriftshelsetjenesten har økt. Når det gjelder bruken av God BHT (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2013) oppgir sju av ti bedriftshelsetjenester at de bruker dette verktøyet. Hele 95 prosent av bedriftshelsetjenestene oppgir at de kjenner til de arbeidsmedisinske veiledningene som er utarbeidet (Lie, Bjørnstad, and Gudding 2011).

Bjørnstad et al. (2009) har gjennomført en spørreundersøkelse blant 72 virksomheter og deres bedriftshelsetjeneste. Frafall medberegnet fikk de svar fra 59 par av virksomheter og tilhørende bedriftshelsetjenester. Formålet med undersøkelsen var i hovedsak å finne ut hvordan virksomheten bruker bedriftshelsetjenesten og hvor fornøyd de var med tjenestene. Et viktig funn her er at virksomheten og BHT har en noe ulik opplevelse av hva som brukes av tjenester. For eksempel opplyser virksomhetene at de prioriterer arbeidsmiljøkartlegginger og overvåking av arbeidshelse i større grad enn det bedriftshelsetjenesten opplever at de gjør. Dette gjelder også innenfor andre tjenester. Dårlig bestillerkompetanse og svak kunnskap om bedriftshelsetjenestens tjenester nevnes som mulige årsaker. Når det gjelder tilfredshet med tjenestene, så er den relativt høy blant de kartlagte virksomhetene. Rundt 80 prosent var enig i at bedriftshelsetjenesten virket inspirerende, var lett å samarbeide med og fungerte som en nyttig rådgiver. Virksomhetene mente også at de fikk tjenester de hadde behov for. Når det gjaldt bruken av bedriftshelsetjeneste i oppfølgingen av sykefravær, oppga 68 prosent av virksomhetene at de har skriftlige rutiner for oppfølging av sykefravær, og det var 39 prosent som brukte bedriftshelsetjenesten i arbeidet med å utarbeide disse rutinene. Dette er kanskje ikke så rart, i og med at dette er en del av personaltjenesteoppgavene og ikke en del av verneoppgavene. Et mer overordnet funn er at bedriftshelsetjenestens støtte i sykefraværsoppfølgingen oppleves som mangelfull. Et annet funn er at bedriftshelsetjenesten mener

de jobber med oppfølgingsplaner, deltar på dialogmøter og bistår med tilpasning og tilrettelegging i større grad enn det virksomheten mener at de gjør.¹³ Videre finner forfatterne at IA-virksomheter i større grad bruker sin bedriftshelsetjeneste og at disse også er mer aktive i deres sykefraværsarbeid. Alt i alt kommer bedriftshelsetjenesten godt ut i undersøkelsen.

I 2010 ble også energiselskapene pålagt å knytte til seg bedriftshelsetjeneste. Bjørnstad (2012) har undersøkt bedriftshelsetjenestens rolle i denne bransjen ved hjelp av webbaserte spørreskjema til virksomheter og tilhørende bedriftshelsetjeneste (n=84). Jevnt over er det samsvar mellom svarende fra bedriftshelsetjeneste og virksomhet, og begge parter gir inntrykk av å være fornøyd med samarbeidet. Svært få virksomheter oppgir å ha byttet bedriftshelsetjeneste de siste to årene.

SINTEFs evaluering av IA-avtalen (Ose et al. 2009) viste også at en stor andel av de virksomhetene som ble spurt var fornøyd med tjenestene fra bedriftshelsetjenesten, blant annet oppga 83 prosent av lederne i de virksomhetene som besvarte spørreskjemaet at de enten var svært godt eller godt fornøyd med samarbeidet med BHT. Dette var kun IA-virksomheter. BHT kan være et nyttig virkemiddel for arbeidsgiver for å forebygge og redusere sykefravær og bidra med arbeidsmiljøtiltak gjennom kartlegging. Enkelte uttalelser i intervjuene indikerer likevel at det må jobbes mer aktivt for å markedsføre bedriftshelsetjenesten som et virkemiddel for å skape trygge og sunne arbeidsforhold (Ose et al. 2009). Hva virksomhetene svarer på spørsmål om BHT vil med andre ord kunne være påvirket av hva de faktisk vet om BHT og de tjenestene de tilbyr.

6.3 BHT sin rolle i sykefraværsarbeidet

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

(4) Arbeidsgiver skal innkalle arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest innen sju uker etter at arbeidstaker har vært helt eller delvis borte fra arbeidet som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, med mindre dette er åpenbart unødvendig. Bedriftshelsetjenesten skal være representert i møtet. Sykmelder skal delta i møtet med mindre arbeidstaker ikke ønsker det eller det ikke anses hensiktsmessig, jf. folketrygdloven § 25-5 a. Arbeidsgiver skal gi informasjon til Arbeids- og velferdsetaten om oppfølgingsplan og dialogmøtet etter bestemmelsen i folketrygdloven § 25-2 tredje ledd.

I 2012 tok vi utgangspunkt i intervjudata og spørreskjemadata fra virksomhetene for å se på BHT sin rolle i virksomhetenes sykefraværsarbeid og i oppfølgingen av sykmeldte mer generelt (se Ose et al., 2012). Vi tok utgangspunkt i et utvalg casevirksomheter og forsøkte å finne frem til noen viktige problemstillinger. Det var ikke så veldig mye vi kunne konkludere med basert på dette kvalitative datasettet, men følgende hovedpunkter ble oppsummert:

¹³ Slik inkongruens i svargiving mellom ulike respondent-/informantgrupper bør ikke tillegges for stor vekt. For det første er en viktig forutsetning for å kunne svare fyllestgjørende at man kjenner til hva som faktisk blir gjort i virksomheten. Videre vil vurderingen av *hvor mye* deltakelse som skal til for at en BHT skal kunne si at den har vært med i oppfølgingen av sykmeldte, variere. En rapport fra Rogalandsforskning (Lie et al. 1999) viste blant annet at bedriftshelsetjenesten tilbyr et produkt som ofte er utydelig for ledere og tillitsvalgte.

Arbeidsmiljø og ergonomi viktig

De bedriftshelsetjenestene virksomhetene kjøpte var først og fremst knyttet til ergonomi og arbeidsmiljøutvikling. Også sykefravær inngikk i varierende grad i dette, men da først og fremst i et forebyggende perspektiv. Enkelte BHT-er ga uttrykk for at de ønsker å jobbe forebyggende, men de deltar også i oppfølging av ansatte som er sykmeldt. Fra spørreskjemaundersøkelsen fremkom det også at de vanligste tjenestene å kjøpe fra BHT var ergonomi, sammen med kartlegging av arbeidsmiljø, inneklimatemålinger og sykefraværsforebyggende arbeid. På dette punktet er dermed stor grad av samsvar mellom funnene fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen.

Innskjerpinger i bruken av BHT

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

Bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle i IA-arbeidet

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

BHT som bindeledd og ekspert

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

Dette var vår første tilnærming til problemstillingene rundt BHT sin rolle i sykefraværsarbeidet, men vi så et stort behov for å finne ut mer om BHT sin rolle og særlig hvorvidt nytten av å ha med BHT på alle dialogmøtene er så universell at det kan forsvare at dette bør være lovpålagt. Vi går først gjennom tidligere forskning på bedriftshelsetjenesten og sykefraværsarbeid.

6.4 Tidligere forskning

Det finnes lite systematisk forskning på hvilken rolle bedriftsleger og bedriftshelsetjenesten spiller i sykmeldingsarbeidet. Et unntak er Peurala og Kankaanpää (2006) som evaluerte effekten av et prøveprosjekt der det ble gjort tiltak for å heve kvaliteten på bedriftshelsetjenesten for helse- og sosialarbeidere i seks kommuner i Finland. De fant at det ble gjennomført mange tiltak for å øke

kvaliteten ved bedriftshelsetjenestene, og flertallet av dem rapporterte om bedre samarbeid mellom de ansatte og mellom de ansatte og ledelsen. Det er imidlertid ikke klart om prosjektet faktisk førte til bedre helse og lavere sykefravær blant helse- og sosialarbeiderne som brukte tjenestene.

De fleste studiene som har vært gjort ser på samarbeidet mellom bedriftslegen og andre leger (de Buck et al. 2002; de Bono 1997). Et stort flertall av studiene stammer fra Nederland og Belgia. Som en illustrasjon på kunnskapsstatusen på feltet har behovet for å måle kundetilfredshet blitt diskutert (2001), og for åtte år siden ble det utviklet et spørreskjema for å måle pasienters tilfredshet med bedriftshelsetjenesten (Verbeek et al. 2005). Til tross for dette fant vi kun én studie som faktisk tar skjemaet i bruk (Bulterys et al. 2006). Denne studien, gjennomført av den største bedriftshelsetjenesten i Belgia, finner at de ansatte i stor grad er fornøyd med tjenesten. Den gjennomsnittlige vurderingen av tjenesten var 8,3 på en skala fra 1-10, der 10 står for svært fornøyd (n =494). Hvorvidt dette gjelder andre deler av bedriftshelsetjenesten i Belgia, eller er overførbart til andre land med en annen organisering av helsesektoren er usikkert. Vi fant heller ingen empiriske studier som ser på pasienters/ansattes tilfredshet med bedriftshelsetjenesten.

6.4.1 Kvalitet og endringer i bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten kan spille en viktig rolle i forebyggende arbeid. Likevel kan det være slik at forebyggende tiltak satt inn på grunn av mangel på oppdatert kunnskap i bedriftshelsetjenesten om hva som virker (Verweij et al. 2009; Verbeek 2006). I Nederland har dette vært et prioritert område både innenfor forskning og praksis de siste årene. For eksempel er det utviklet en kunnskapsportal for å håndtere og dele kunnskap om arbeidsliv og helse, med egne søkefunksjoner tilpasset bedriftshelsetjenesten (van Dijk et al. 2006). Tiltak har også vært satt inn for å utvikle nasjonale retningslinjer for bedriftshelsetjenesten, og flere studier diskuterer hvordan disse kan utvikles og evalueres for å sikre at tjenestene som tilbys holder høy nok standard (Verweij et al. 2009; Hulshof and Hoenen 2006).

Flere studier diskuterer også effekten av liberaliseringen av bedriftshelsetjenesten i Nederland. Hulshof og Hoenen (2006) argumenterer for at varierende kvalitet på tjenestene som leveres delvis er et resultat av markedstilpasninger, kommersielle aktører og innspill fra forsikringsbransjen. Plomp (2008) beskriver endringene i detalj og diskuterer konsekvensene av dem. I perioden 1994-1998 ble bedriftshelsetjenesten lagt om etter New Public Management-prinsipper. Hensikten var å få ned sykefraværet og gi en mer fleksibel og effektiv bedriftshelsetjeneste som i større grad var styrt av virksomhetenes etterspørsel. Resultatet ble en fullstendig omlegging av bedriftshelsetjenesten, der det utviklet seg en sterk konkurranse mellom bedriftshelsetjenestene. Nye nasjonale bedriftshelsetjenester vokste fram, og de tradisjonelle bedriftshelsetjenestene ble tvunget til å samarbeide i større grad. Interne bedriftshelsetjenester ble også i stor grad løsrevet fra bedriftene. Kritikken fra bedriftslegene var at konkurransen kom til å true faglig integritet. (Plomp 2008). Behovet for nasjonale retningslinjer og faglige standarder må forstås på bakgrunn av denne kritikken. Etter den første fasen med innkjøring og justeringer av reformen har sykefraværet etterhvert gått ned (Ibid.), men uten at BHT kan ta æren for det.

Også helsetilbudet til de franske ansatte har blitt omorganisert. Den franske bedriftshelsetjenesten har fra 2005 gått fra en ordning med generell oppfølging av alle ansatte, hvor alle fikk tilbud om en årlig medisinsk undersøkelse, til mer målrettet oppfølging av grupper som har en høyere risiko for yrkesskader og sykdom (Paillereau 2006). Så vidt vi vet har det ikke blitt gjennomført noen

systematisk evaluering av hvilken effekt dette har hatt på sykefraværet i Frankrike. Også i Norge har BHT gått fra generelle helseundersøkelser til målrettede helseundersøkelser i risikogrupper.

6.4.2 Kommunikasjon mellom bedriftslegen og behandlende lege

Flere studier rapporterer om manglende kommunikasjon mellom bedriftshelsetjenesten og andre deler av helsesektoren (de Rijk, van Raak, and van der Made 2007).

Anema et al. (2006) sammenligner hva slags oppfølging ansatte med psykiske plager fikk av allmennlegen og bedriftslegen (N=555 sykmeldte ansatte). Mens allmennlegen i hovedsak foreslo medisinske tiltak snakket bedriftslegen mest om arbeidsforhold og konflikter. Bare åtte prosent av respondentene rapporterte at allmennlegen og bedriftslegen kommuniserte med hverandre. Det var dessuten liten grad av overenstemmelse mellom årsak til sykdommen, selve diagnosen og mulige hindringer for å få den ansatte tilbake i jobb.

Mortelmans et al. (2006) ser på effekten av informasjonsflyt mellom trygdeleger og bedriftsleger på varigheten av sykmeldinger i Belgia. På grunn av arbeidsdelingen mellom fastlege, trygdelege og bedriftslege i Belgia sitter partene på ulik informasjon, der bedriftslegen er den som har best forståelse for den sykmeldtes arbeidssituasjon og dermed lettest kan vurdere potensialet for tilrettelegging i virksomheten. Undersøkelsen var designet som en ikke-randomisert kontrollert tiltaksstudie, der tiltaket var formalisert kommunikasjon ved hjelp av et kontaktskjema. De fant ingen effekt av tiltaket på lengden av sykmeldingene, og konkluderte med at slik kommunikasjon ikke er tilstrekkelig for å få sykmeldte raskere tilbake i jobb.

Verbeek et al. (2003) ser på kvaliteten på rehabiliteringen av tidligere kreftpasienter i Nederland. 100 bedriftsleger ble intervjuet om oppfølgingen av pasienter som hadde hatt kreft. Bedriftslegens oppfølging ble deretter klassifisert etter kvalitet, og pasientene ble fulgt over 12 måneder. Kvalitet i oppfølgingen ble her vurdert som medisinsk kjennskap til pasientens sykdom og behandling, graden av kontinuitet i omsorg, samt ulike tiltak rettet mot plager. Etter å ha kontrollert for faktorer som utdanning, diagnose og arbeidspress fant de at de pasientene med best oppfølging hadde signifikant høyere sjanse for å komme tilbake i arbeid i løpet av perioden. I de tilfellene der bedriftslegens oppfølging holdt høyest kvalitet var både lege og pasient også mer fornøyd med behandlingen, selv om denne effekten var liten. Forfatterne argumenterer for at den viktigste faktoren her er hvordan bedriftslegen kommuniserte med de andre legene som var involvert i oppfølgingen av pasienten. Kun seks prosent av bedriftslegene hadde hatt kontakt med behandlende lege.

6.4.3 Effekten av forebygging og tidlig intervensjon

Flere studier undersøker effekten av forebyggende tiltak fra bedriftshelsetjenesten. I et randomisert eksperiment ser Kant et al. (2008) på effekten av å tilby ansatte en forebyggende konsultasjon med bedriftslege. Ut fra kjennetegn ved arbeidsplassen og de ansatte selv valgte undersøkelsen ut ansatte som hadde høy risiko for langtidssykmelding. Disse ble deretter delt inn i en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe, der tiltaksgruppa fikk tilbud om konsultasjon med bedriftslege, og eventuelt oppfølgingstiltak. Tiltaket viste seg å gi signifikant lavere sannsynlighet for langtidssykmelding og lavere antall sykedager i løpet av det året studien varte.

Taimela et al. (2008) tok utgangspunkt i en helseundersøkelse med 1341 finske arbeidere. Disse ble delt inn i tre grupper etter antatt risiko for framtidig sykefravær. De to gruppene med moderat og høy risiko for sykmelding ble igjen delt i to, en tiltaksgruppe og en kontrollgruppe. For de med

moderat risiko besto tiltaket av en rådgivning på telefon, mens de med høy risiko ble kalt inn til time med bedriftshelsetjenesten med videre oppfølging der det var nødvendig. Begge kontrollgruppene fikk normal oppfølging fra bedriftshelsetjenesten. Mens tiltaket for gruppa med moderat risiko ikke hadde noen effekt, var tiltaket for høyrisikogruppa vellykket: I de tolv månedene etter tiltaket hadde tiltaksgruppa et gjennomsnittlig sykefravær på 19 dager, mens høyrisikogruppa som ikke fikk spesiell oppfølging hadde et gjennomsnittlig sykefravær på 30 dager.

I motsetning til disse to studiene finner Mortelmans et al. (2008) ingen effekt av obligatorisk oppfølging av bedriftshelsetjenesten på sykefravær. Denne studien var basert på sykmeldingskonsultasjoner hos belgiske trygdemedisinere (N=1564). De to andre studiene vurderes derfor å være mer pålitelige, siden de er basert på kontrollerte eksperiment. Det er derfor grunn til å tro at det å identifisere personer med høy risiko for sykefravær for å sette inn forebyggende tiltak kan være effektivt.

Viikari-Juntura et al. (2012) ser på effekten av å benytte delvis sykmelding i en tidlig fase, på tilbakevending til arbeid. Studien er avgrenset til personer med muskel- og skjelettlidelser (N=63), og er gjennomført som en randomisert kontrollgruppestudie. Undersøkelsen ble gjennomført i regi av seks bedriftshelsetjenester fra ulike virksomheter. En gruppe ansatte med muskel- og skjelettlidelser ble tilfeldig delt inn i to grupper; en med delvis sykmeldte og en med fullt sykmeldte. I førstnevnte gruppe ble arbeidsbelastningen tilpasset den graderte sykmeldingen. Over en 12 måneders oppfølgingsperiode fant forskerne at det totale sykefraværet var omtrent 20 prosent lavere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. De konkluderer med at gradert sykmelding gir raskere retur fra sykefravær til jobb.

6.4.4 Oppsummering

Tatt i betraktning den viktige rollen bedriftshelsetjenesten spiller i forebygging og rehabilitering finnes det overraskende lite internasjonal forskning på bedriftshelsetjenesten. Unntaket er Nederland, som har vært gjennom store endringer, og til en viss grad Belgia og Finland. Funn fra den internasjonale forskningen tyder på at behovet for klare retningslinjer for bedriftshelsetjenesten øker når konkurransen i markedet øker. Kommunikasjon mellom bedriftshelsetjenesten og behandlende lege kan være en utfordring, men det er uklart i hvilken grad dette gjelder i Norge. Videre ser det ut til at forebyggende tiltak spesielt rettet mot sårbare grupper kan være effektive. Ubesvarte spørsmål er hvilke oppgaver bedriftshelsetjenesten faktisk utfører og hvilken effekt disse tiltakene har for å forebygge og redusere sykefravær; forskjeller og effekt av ulike måter å organisere bedriftshelsetjenesten, samt kvaliteten på tjenestene og samhandlingen med andre aktører. I en norsk sammenheng kan det være spesielt interessant å se forskjeller mellom store og små, og interne og eksterne bedriftshelsetjenester.

6.5 Metode, datainnsamling og utvalg

Vi har intervjuet mange bedriftshelsetjenester, både interne og eksterne. I denne runden har vi intervjuet 15 BHT-er, der vi har snakket med 1-3 personer i hver. Alle intervjuer er tatt opp på digital optaker, transkribert og fullkodet. Intervjuene har i hovedsak vært brukt som bakgrunn for å utarbeide spørreskjema. Spørreskjemaet inneholdt en del åpne spørsmål, og det er svarene vi har fått her som er brukt i sitatene.

Vi har også gjennomført spørreundersøkelse i mange virksomheter i 2008, 2012 og i 2013. Datagrunnlaget fra 2008 og 2012 omfatter kun IA-virksomheter, mens det i fra 2013 omfatter både IA-virksomheter og andre virksomheter. (Kommer med i endelig rapport).

I 2013 gjennomførte vi også en landsomfattende spørreundersøkelse der alle bedriftshelsetjenestene ble invitert til å delta. Godkjenningssenheten for BHT ved Arbeidstilsynet ga oss oversikt over hvilke bedriftshelsetjenester som finnes i landet. Det var epostadresser registrert på de fleste hovedavdelinger, men ikke på underavdelingene. Vi sendte derfor invitasjon med epost til hovedavdelingene og med brev til underavdelingene.

6.5.1 Representativitet spørreundersøkelse

Tabell 6.3 Populasjon og utvalg etter hovedavdeling og underavdeling

| | Hovedavdelinger | Underavdelinger | Totalt |
|--------------------------|-----------------|-----------------|--------|
| Uten underavdelinger | 287 | 0 | 287 |
| Med underavdelinger | 79 | 191 | 270 |
| Antall avdelinger totalt | 366 | 191 | 557 |
| Antall svar | 145 | 45 | 190 |
| Svarprosent (brutto) | 40 | 24 | 34 |
| Retur/nedlagt | 42 | 12 | 54 |
| Reelt utvalg | 324 | 179 | 503 |
| Svarprosent (netto) | 45 | 25 | 38 |

Det betyr at vi totalt sett har en svarprosent på 38, 45 prosent av alle hovedavdelinger og 25 prosent av alle underavdelingene. Som vi ser i neste tabell er svarprosenten mye høyere i godkjente BHT-er, enn de som ikke var godkjent høsten 2012.

Tabell 6.4 Populasjon og utvalg etter godkjenningsstatus høsten 2012

| | Populasjon | | Utvalg | | Svarprosent |
|---|------------|-------|--------|-------|-------------|
| | Antall | Andel | Antall | Andel | |
| Godkjent | 241 | 43 | 118 | 62 | 49 |
| Godkjent plan | 20 | 4 | 5 | 3 | 25 |
| Under behandling | 23 | 4 | 7 | 4 | 30 |
| Underkjent | 82 | 15 | 15 | 8 | 18 |
| Underavdelinger (godkjennes automatisk) | 191 | 34 | 45 | 24 | 24 |
| Totalt | 557 | 100 | 190 | 100 | 34 |

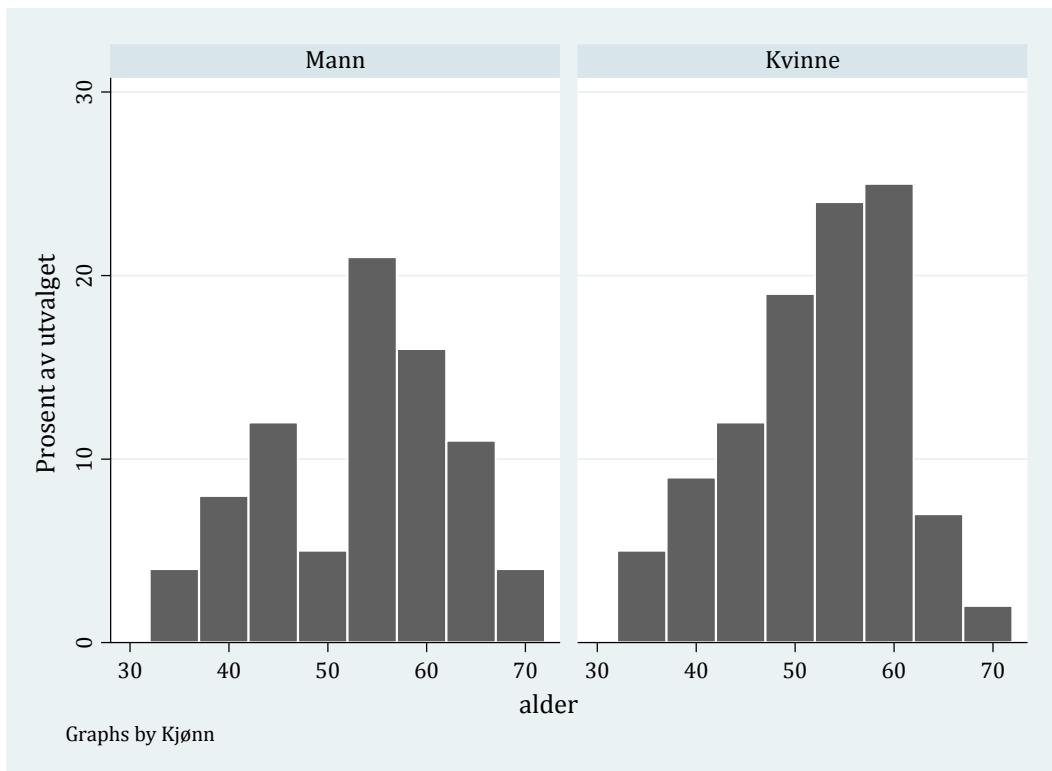
Det betyr at vi har nesten halvparten av alle bedriftshelsetjenestene som var godkjent høsten 2012, men naturlig nok en lavere andel av de som kun hadde godkjent plan, var under behandling eller var underkjent. Vi har fått svar fra en av fire underavdelinger.

6.5.2 Respondentene

Tabell 6.5 Fordeling på kjønn i utvalget

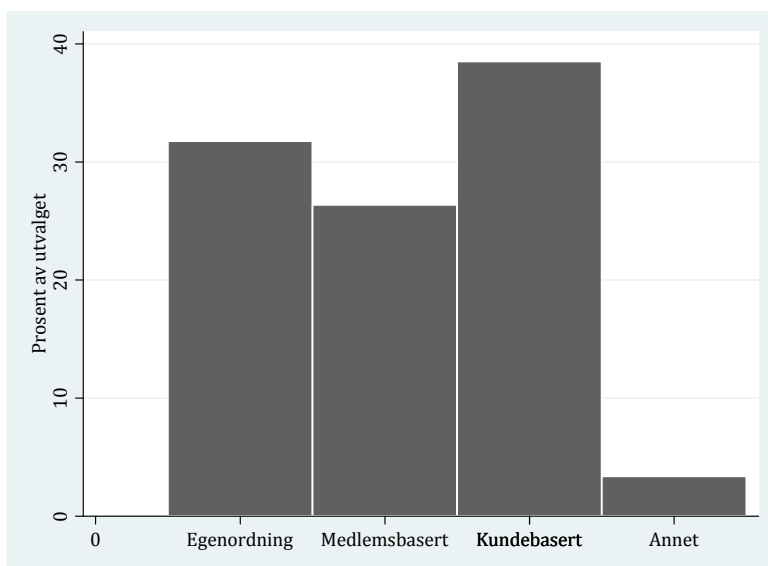
| | Antall | Prosent |
|--------|--------|---------|
| Mann | 85 | 45 |
| Kvinne | 104 | 55 |
| Total | 189 | 100 |

Det er altså et lite flertall av kvinner i utvalget, men det finnes ikke oversikt over populasjonen.



Figur 6.1 Fordeling av alder etter kjønn, utvalg

Gjennomsnittsalder er 52 år for kvinner og 53 år for menn, men som figuren viser er det en relativt større andel av menn i de høyeste aldersgruppene.

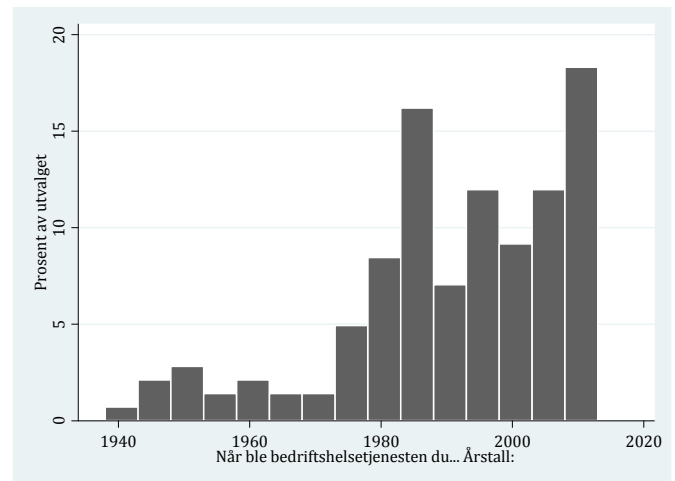
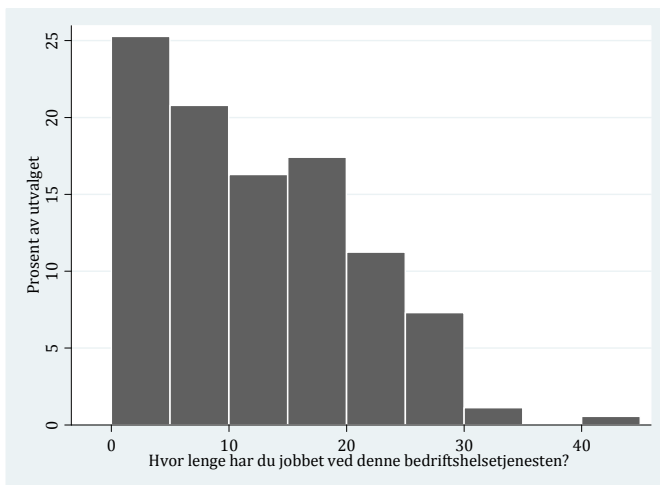


Figur 6.2 Type ordning, utvalg

Tabell 6.6 Kompetanse leder og ansatt, andel av utvalg

| | Leder | Ansatt | Antall |
|-----------------|-------|--------|--------|
| Lege | 20 | 23 | 21 |
| Sykepleier | 33 | 42 | 34 |
| Fysioterapeut | 13 | 19 | 14 |
| Ergoterapeut | 1 | 8 | 2 |
| Yrkeshygieniker | 7 | 0 | 6 |
| Annet | 25 | 8 | 23 |
| Total | 100 | 100 | 100 |
| Antall | 158 | 26 | 184 |

Sykepleiere og leger er de største profesjonene i utvalget, men det er mange andre profesjoner representert, både verneingeniører, samfunnsvitere, folk med kompetanse innen organisasjon og ledelse, jurister og økonomer.



Figur 6.3 Andel etter hvor lenge de har arbeidet i BHT-en og når BHT-en ble etablert

Dette gir et tydelig bilde på at det er mange nye BHT-er i markedet og dermed mange relativt ferske BHT-ansatte i mange virksomheter.

Tabell 6.7 Hvor jobbet du før du begynte å arbeide i bedriftshelsetjenesten?

| | Antall | Andel |
|--|--------|-------|
| Var nyutdannet | 11 | 6 |
| Kom fra helsesektor (offentlig sektor) | 69 | 39 |
| Kom fra helsesektor (privat sektor) | 24 | 13 |
| Kom fra annen offentlig virksomhet | 28 | 16 |
| Kom fra annen privat virksomhet | 33 | 19 |
| Annet (skriv i feltet under) | 13 | 7 |
| Total | 178 | 100 |

Den vanligste rekrutteringskilden for BHT ansatte ser ut i fra dette å være offentlig helsesektor, men det er nesten en av fem som kommer fra annen privat virksomhet.

6.5.3 Type ordning og kundesammensetning

Tabell 6.8 Andel kunder/virksomheter dekket i ulike sektorer etter type BHT, utvalg

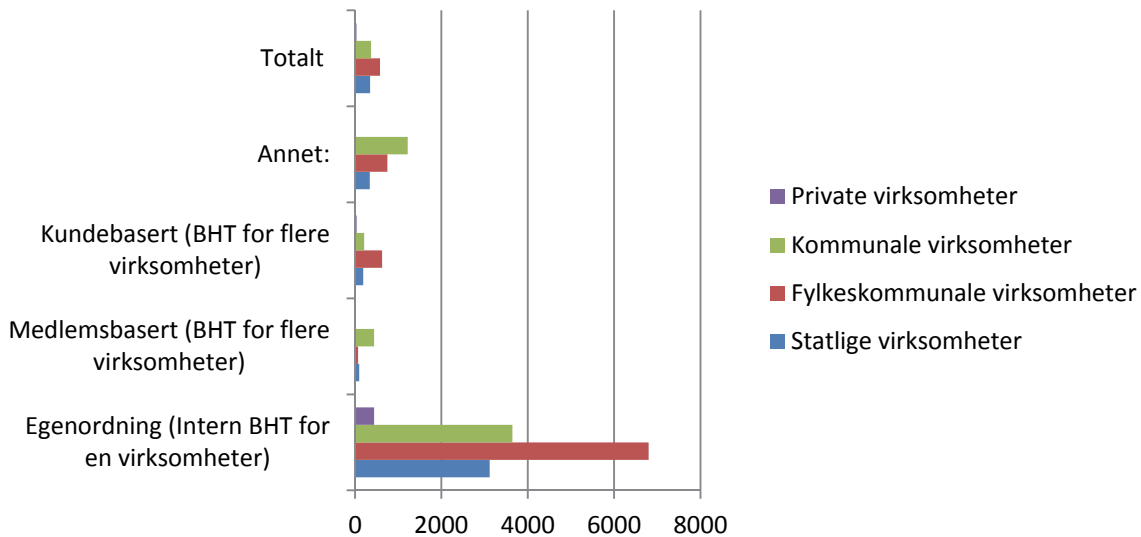
| | Statlige virks. | Fylkeskommunale virks. | Kommunale virks. | Private virks. | Sum | Antall virks. |
|--|-----------------|------------------------|------------------|----------------|-----|---------------|
| Egenordning (Intern BHT for en virksomhet) | 8 | 1 | 9 | 82 | 100 | 171 |
| Medlemsbasert (BHT for flere virksomheter) | 1 | 0 | 2 | 96 | 100 | 4 338 |
| Kundebasert (BHT for flere virksomheter) | 2 | 0 | 7 | 91 | 100 | 6 732 |
| Annet | 1 | 0 | 2 | 97 | 100 | 1 078 |
| Totalt | 2 | 0 | 5 | 93 | 100 | 12 319 |

Når vi ser på antall virksomheter er det helt klart de private virksomhetene som dominerer i alle typer ordninger, men når vi tar hensyn til virksomhetenes størrelse, endres bildet noe.

Tabell 6.9 Andel ansatte i ulike sektorer dekket etter type BHT, utvalg

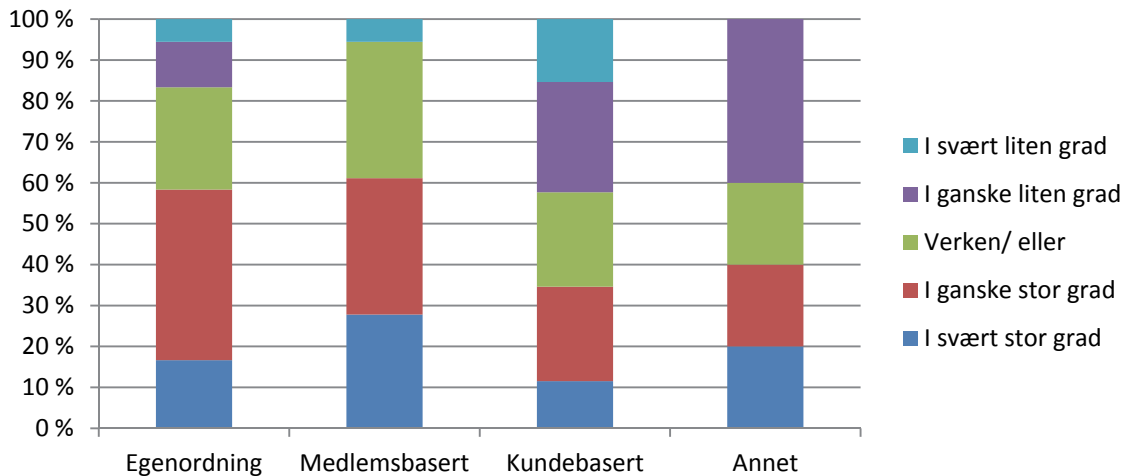
| | Statlige virks. | Fylkeskommunale virks. | Kommunale virks. | Private virks. | Sum | Antall ansatte |
|--|-----------------|------------------------|------------------|----------------|-----|----------------|
| Egenordning (Intern BHT for en virksomhet) | 26 | 4 | 33 | 37 | 100 | 167 356 |
| Medlemsbasert (BHT for flere virksomheter) | 4 | 1 | 30 | 65 | 100 | 129 302 |
| Kundebasert (BHT for flere virksomheter) | 8 | 4 | 26 | 62 | 100 | 367 897 |
| Annet | 8 | 3 | 51 | 39 | 100 | 53 085 |
| Totalt | 11 | 3 | 30 | 55 | 100 | 717 640 |

Av de som er en egenordning i utvalget er det 26 prosent av de ansatte de dekker som tilhører statlig sektor. Noen flere tilhører kommunale og private virksomheter. De kundebaserte BHT-ene har en noe større andel i statlige og fylkeskommunale virksomheter enn de medlemsbaserte BHT-ene.



Figur 6.4 Gjennomsnittlig antall ansatte per virksomhet (uvektet) etter sektor og type BHT, utvalg.

Figuren over viser at for alle sektorene er det de største virksomhetene som har egenordning. Figuren viser også hvor små de private virksomhetene er. Ut i fra dette kan det se ut som at de store kommunene har egenordning, mens de små kjøper tjenester enten i kundebaserte eller medlemsbaserte BHT-er, mens de mellomstore kommunene har en annen ordning.



Figur 6.5 Respons på påstand: Jeg vurderer vår BHT som en tradisjonell BHT

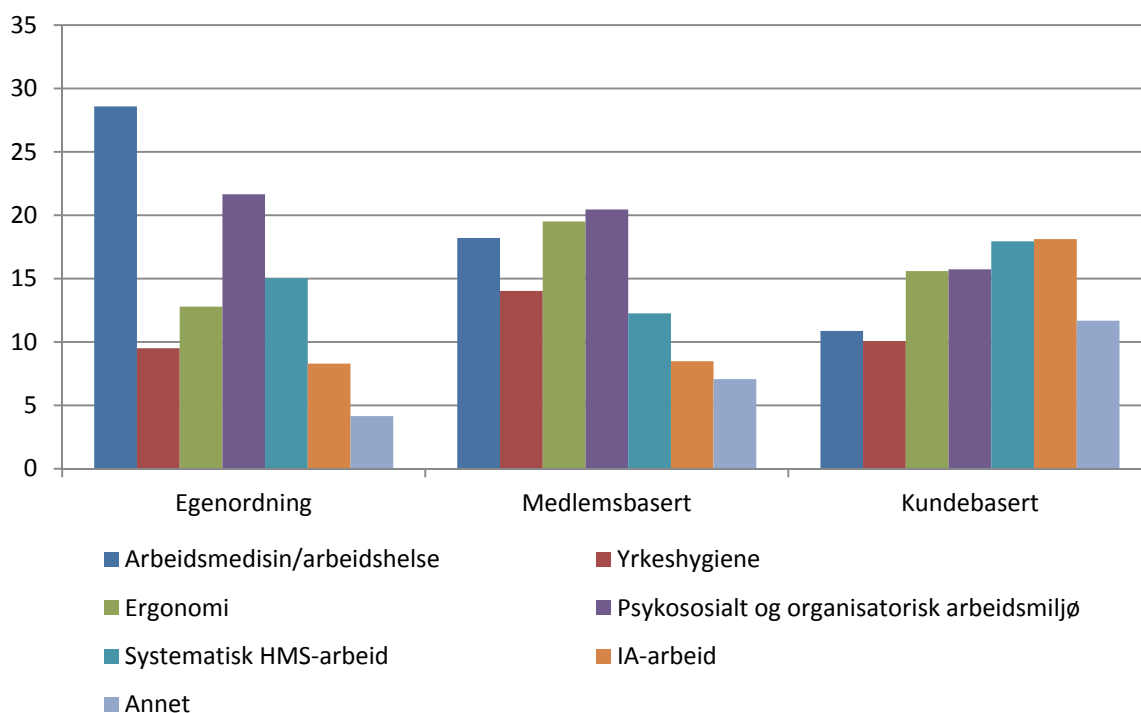
Det er først og fremst BHT-ene med egenordning eller som er medlemsbasert som vurderes som å være tradisjonelle bedriftshelsetjenester. Her mener omtrent 60 prosent dette i ganske stor eller svært stor grad, mot omtrent 35 hos de kundebaserte og 40 prosent i "annet"-kategorien.

6.5.4 Kompetansesammensetning i BHT-ene

Tabell 6.10 Antall årsverk og antall ansatte, etter type BHT-ordning

| | Antall ansatte | Antall årsverk | Antall svart | Årsverk per ansatt | Antall årsverk per enhet |
|--|----------------|----------------|--------------|--------------------|--------------------------|
| Egenordning (Intern BHT for en virksomhet) | 4 487 | 3821 | 47 | 0,85 | 81 |
| Medlemsbasert (BHT for flere virksomheter) | 309 | 237 | 39 | 0,77 | 6 |
| Kundebasert (BHT for flere virksomheter) | 1 385 | 1 205 | 57 | 0,87 | 21 |
| Annet | 57 | 51 | 5 | 0,89 | 10 |
| Totalt | 6 238 | 5 314 | 148 | 0,85 | 36 |

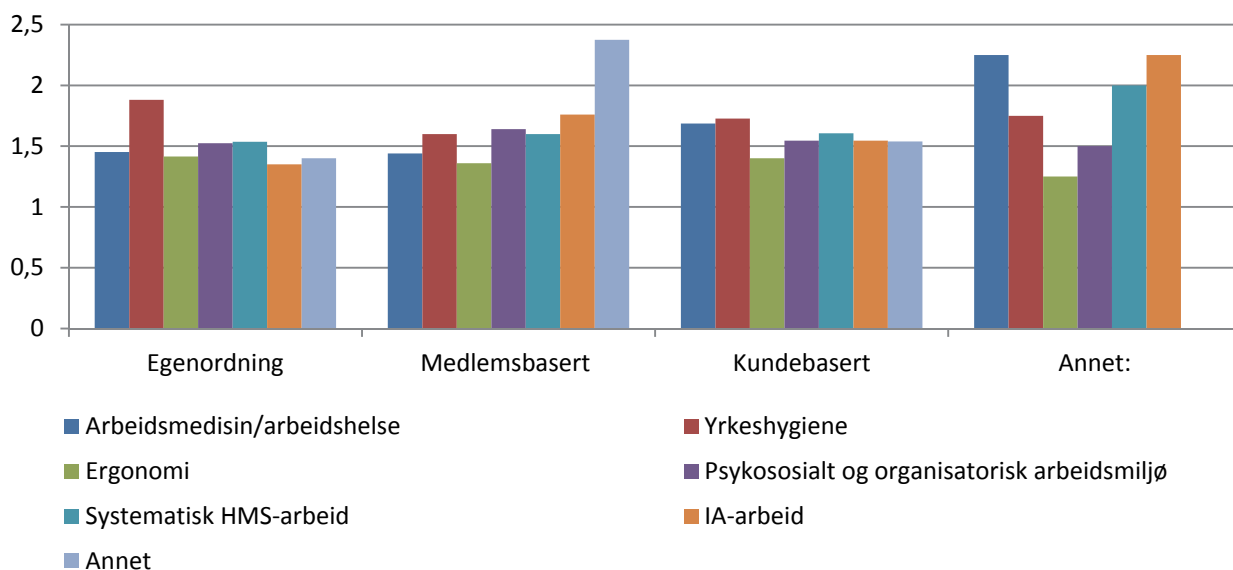
BHT-ene med egenordning er i gjennomsnitt betydelig større enn de kundebaserte, som igjen er klart større enn de kundebaserte.



Figur 6.6 Kompetansesammensetning ved BHT-ene etter type ordning andel av ansatte etter kompetanse, uveid gjennomsnitt

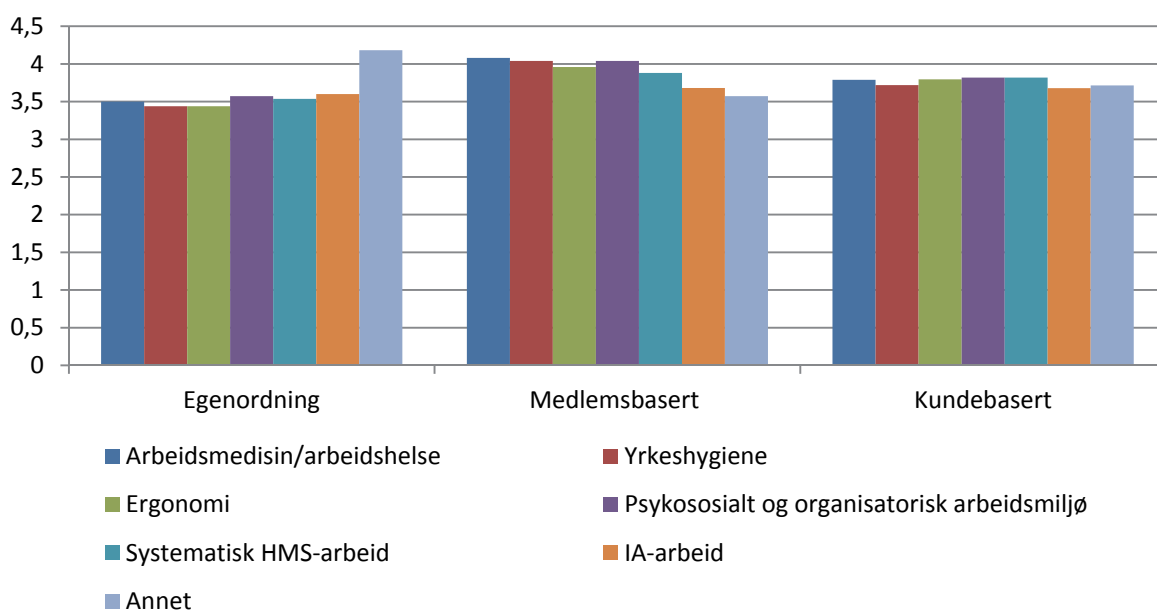
Det er altså egenordningene som har den høyeste andel arbeidsmedisinere på psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, mens det er de medlemsbaserte som har høyest andel på ergonomi og yrkeshygiene. De kundebaserte har en høyest andel på systematisk HMS, IA-arbeid og annet.

Dette kan godt stemme med forskjellen mellom de ulike typene BHT-er, der egenordningene har mer tradisjonell arbeidsmedisinsk kompetanse og relativt mindre på IA-arbeid og annet.



Figur 6.7 Hvordan vurderer du den faglige kompetansen på de fem områdene og på IA-arbeid ved deres virksomhet? Lav=god

Det er gjennomgående lite forskjeller på vurderingene av den faglige kompetansen, med unntak av "annet"-kategoriene, som stikker seg ut blant de medlemsbaserte BHT-ene. I tillegg er det mer spredning for BHT-ene med andre organiseringsformer. Her er det særlig kompetanse innen arbeidsmedisin/arbeidshelse IA-arbeid og systematisk HMS-arbeid det mangler kompetanse for.

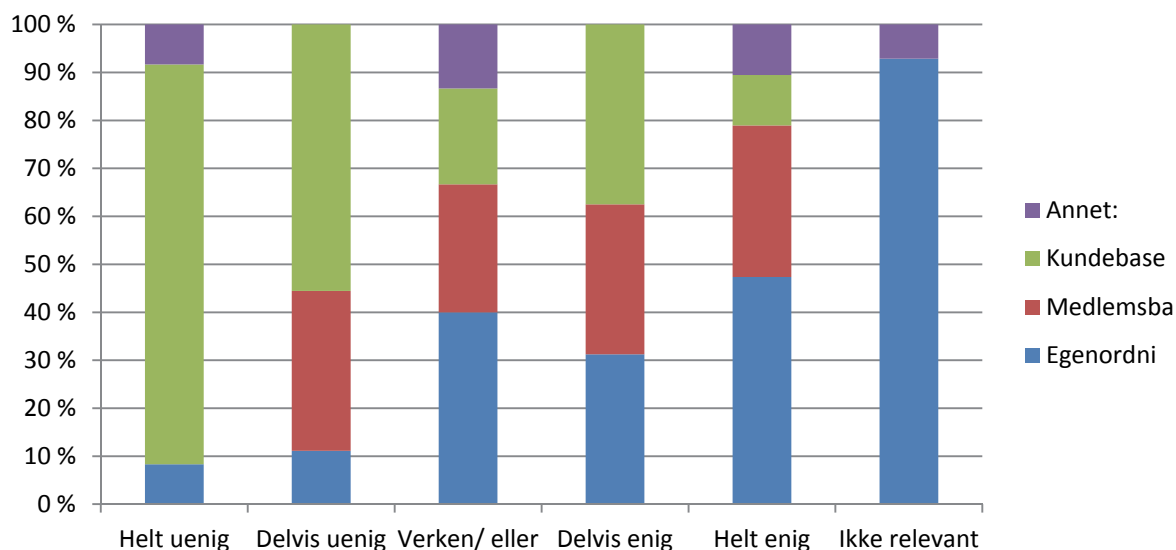


Figur 6.8 I hvor stor grad vil du si at deres virksomhet gjennomfører systematisk faglig utvikling på følgende kompetanseområder? Lav=liten grad

Bedriftshelsetjenester med egenordning rangerer jevnt over noe lavere enn de medlems- og kundebaserte når det gjelder systematisk faglig utvikling, men det er snakk om relativt små forskjeller.

6.5.5 Konkurransforhold i BHT-markedet

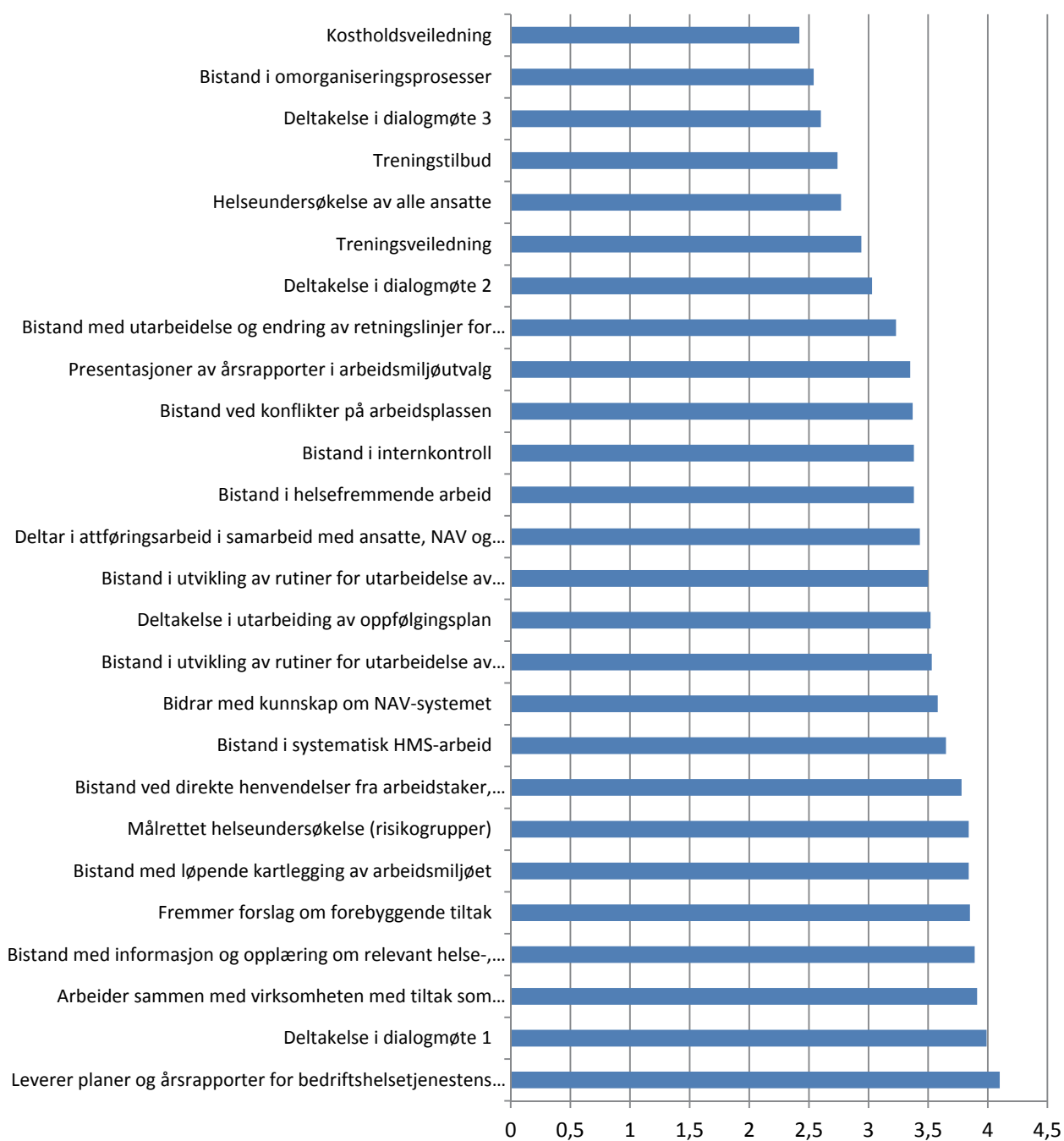
Som nevnt innledningsvis er det sterk konkurranse på BHT-markedet. Det faller utenfor denne rapportens rammer å gå nærmere inn på dette her, men vi har bedt respondentene ta stilling til følgende påstand: Det kommersielle fokuset i BHT-ene går på bekostning av det faglige fokuset.



Figur 6.9 Respons på følgende påstand: "Det kommersielle fokuset i BHT-ene går på bekostning av det faglige fokuset", etter type BHT

Som vi ser er det ikke alle som er i egenordning som sier at dette ikke er relevant. Dette handler om at mange av de kommersielle aktørene også selger seg inn i virksomheter som allerede har en egenordning. Blant de kundebaserte ser vi den helt motsatte fordelingen, der aller flest er helt uenig i påstanden. Veldig få er helt enig. Det ser ut som at de medlemsbaserte også merker konkurransen godt.

6.5.6 Hva etterspør virksomhetene?



6.5.7 Bestillerkompetanse og utfordringer med å få jobbet systematisk

I intervju med BHT-ene hørte vi ofte om at fokuset på de detaljerte punktene i oppfølgingsreglene gjorde det vanskelig å få til et mer overordnet systemarbeid. Vi ser at det er stor spredning i svarene, og relativt få av respondentene er enig. Som vist i tabellen under, er det den større andel blant de interne BHT-ene som opplever dette som en utfordring.

Tabell 6.11 Oppgavene vi får knyttet til individuell sykefraværsoppfølging gjør det vanskelig å få til det overordnede systematiske arbeidet

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 24 | 20 |
| Delvis uenig | 29 | 25 |
| Verken/eller | 33 | 28 |
| Delvis enig | 21 | 18 |
| Helt enig | 10 | 8 |
| Ikke relevant | 1 | 1 |
| Total | 118 | 100 |

Igjen er det systematiske forskjeller mellom egenordningene og BHT-ene som er medlemsbasert eller kundebasert, der BHT-ene som er egenordning i større grad ser ut til å ønske å arbeide systematisk. De kundebaserte ser i mindre grad ut til å oppleve dette som en utfordring, men her er det ikke systematiske forskjeller mellom medlemsbaserte og kundebaserte tjenester.

Tabell 6.12 Oppgavene vi får knyttet til individuell sykefraværsoppfølging gjør det vanskelig å få til det overordnede systematiske arbeidet, Type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 32 |
| Medlemsbasert | 13 |
| Kundebasert | 9 |
| Annet | 17 |
| Totalt | 31 |

6.6 Nyttien av at BHT deltar i dialogmøter

Vi har spurt BHT-ene om hva de mener er nytten av Dialogmøte 1. Noen mener det er svært nyttig og andre mener det er svært unyttig. De aller fleste sier at det er nyttig i mange tilfeller. Her har vi samlet det BHT-ene selv svarer at de bidrar med på dialogmøtene og i sykefraværsoppfølgingen.

6.6.1 Bidrar med kunnskap om regelverk og prosedyrer

For mange, kanskje særlig de mange små private virksomhetene, er reglene rundt oppfølging av sykmeldte så kompliserte at BHT blir en viktig kunnskapsleverandør på gjeldende regler:

Nyttig der saken er komplisert/sammensatt og leder er usikker på håndtering av sak ift regelverk. BHT kan gi informasjon, men også bidra til avklaringer og bidra til å ansvarliggjøre partene. Mindre nyttig der det går mot en friskmelding like etter, eller helsesituasjonen tilsier at det er lite å hente i møtet (Kundebasert BHT med 17 ansatte).

Jeg ser at BHTs tilstedeværelse er avgjørende for et godt møte. Bedriftene/lederne mangler ofte kompetanse i hva som er mål med møtet, hvordan styre møtet, hvordan rapportere/dokumentere møtet og sikre at alle kommer i tale (Relativt liten kundebasert BHT).

Dette er typisk kunnskap som finnes i personalavdelingen i større virksomheter, mens administrasjonen ofte er liten i små private virksomheter. I slike tilfeller kan BHT-representanten få en sentral rolle og nærmest bli den som leder møtet:

Jeg starter nesten alltid møtene med å "kritte banen opp", altså å fortelle litt om min rolle i møtet (som BHT), hva som bør være målet med møtet, hva som er arbeidstakers og arbeidsgivers rettigheter og plikter. Dette danner ofte en god ramme. Dialogmøte fungerer når partene er løsningsfokuserede, det fungerer IKKE når en av partene mener at det er den annen part som må "tilfredsstille" en tilretteleggelsesplikt eller etterkomme arbeidsgivers styringsrett (Fysioterapeut, BHT med 9 ansatte, Medlemsbasert BHT).

I spørreundersøkelsen til virksomhetene har vi bedt BHT-ene ta stilling til følgende påstand: "Virksomhetene er flinke til å følge de nye reglene for oppfølgingsplan og dialogmøter". Fordelingen av svarene er vist i neste tabell.

Tabell 6.13 Virksomhetene er flinke til å følge reglene utvikling av oppfølgingsplaner og dialogmøter, totalt

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 1 | 1 |
| Delvis uenig | 4 | 3 |
| Verken/eller | 14 | 12 |
| Delvis enig | 54 | 45 |
| Helt enig | 45 | 38 |
| Ikke relevant | 1 | 1 |
| Total | 119 | 100 |

Det er altså 83 prosent av BHT-ene som er helt eller delvis enig i at virksomhetene er flinke til å følge reglene. Det er mulig at det er fordi BHT har bidratt til å gjøre reglene kjent. Vi ser i neste tabell på om det er noe variasjon mellom type BHT i forhold til hvor stor andel som mener virksomhetene er flinke til å gjøre det de skal.

Tabell 6.14 Virksomhetene er flinke til å følge reglene utvikling av oppfølgingsplaner og dialogmøter, totalt. Etter type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 70 |
| Medlemsbasert | 49 |
| Kundebasert | 32 |
| Annet | 50 |

Forskjellene her er tydelige og systematiske (signifikante); en større andel av de interne BHT-ene mener at virksomhetene er flinke til å følge reglene for oppfølgingsplaner og dialogmøter.

6.6.2 Avklaringer skjer i Dialogmøte 1

Mange av respondentene trekker frem at BHT er viktig i dialogmøtene fordi de kan bidra til at det blir større grad av avklaring på møtene:

BHT er med på å avklare situasjonen, når arb.giver og ansatt ikke har gjort det før. (Sykepleier, BHT med 7 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Den helsefaglige kompetansen i BHT kan være viktig for å bidra til en medisinsk avklaring i forhold til om de får den hjelpen/behandlingen de trenger:

Oftest godt å få avklart om den sykmeldte får den hjelp som trengs både i helsevesenet og på arbeidsplassen. (Lege, BHT med 10 ansatte, Egenordning BHT).

Nyttige møter om det er mye uavklart ift medisinsk avklaring og muligheter for tilrettelegging spesielt utenom opprinnelig arbeid. (Leder i middels stor intern BHT).

Noen mener også at oppfølgingsplanen godt kan utarbeides før det har gått fire uker:

Avklaring av restarbeidsevne og arbeidstilrettelegging så tidlig som mulig. Helst før fire uker. (Lege, BHT med 5 ansatte, Kundebasert BHT).

Vi har bedt respondentene komme med eksempel på når de opplever møtene er viktige, og når de mener de ikke er så nyttige. En lege i en relativt stor BHT svarer slik:

Er nyttig dersom det er usikkert om vedkommende kommer til rask adekvat behandling. Er nyttig dersom ikke arbeidstaker / arbeidsgiver kjenner til mulig tiltak fra NAV som kan brukes i sykmeldingstiden. Er nyttig hvor det er uklart om forutsetningene for å gjenoppta offshore arbeid er til stede. Lite hensiktsmessig ved rutinemessige sykdomsforløp etter f.eks. enkelte operasjoner og ved div rutinemessige utredninger. (Lege, BHT med 31 ansatte, Kundebasert BHT).

Mange trekker frem nettopp dette, med at å få en avklaring på varighet og lage en overordnet plan ofte er det som er nytten av dialogmøtet:

Kommer an på graden av skaden eller sykdommen. Dialogmøte 1 er for det meste en sondering på hvor langvarig en kan forvente fraværet å bli samt at en forsøker å skissere en realistisk plan for de neste ukene fram til neste dialogmøte. Dette framkommer nyttig for alle parter både arbeidsgiver, den ansatte samt for BHT ved Arbeidsmedisiner som skal gi faglig veiledning. (Sykepleier, BHT med 4 ansatte, Egenordning BHT).

Noen nevner også hvorfor det er behov for dialogmøte:

Kontakt og oppfølging av sykmeldte er viktig - derfor er det nødvendig å formalisere noe av oppfølgingen gjennom dialogmøter. Dialogmøtet er nyttig når en finner det riktige tidspunktet til å komme tilbake på (helt eller gradert). Riktig tidspunkt er alltid situasjonsbestemt. (Samfunnsviter, BHT med 19 ansatte, Egenordning BHT).

6.6.3 Se tilretteleggingsmuligheter

Nesten alle vi spør om hva BHT kan bidra med på dialogmøtet, kommer inn på at dialogmøtene er viktige for å identifisere tilretteleggingsmuligheter:

BHT kan bistå med å finne tilretteleggingsmuligheter sammen med leder og ansatte. Ha kunnskap om regelverk og forventninger til hva de enkelte parter skal gjøre i saken. Nyttig å samtale flere med ulik kompetanse for å finne løsninger. (Sykepleier, BHT med 4 ansatte, Egenordning BHT).

Det resulterer som oftest i noe positivt, tiltak eller noen ser muligheter de ikke så før møtet. (Yrkeshygieniker, BHT med 7 ansatte, Kundebasert BHT).

Kommer tidlig inn med tilrettelegging. Synes stort sett det er nyttig å ha denne type dialog så tidlig i forløpet. (Sykepleier, BHT med ansatte, BHT).

Som vi så i kapittel 6.5.4 om bedriftshelsetjenestens kompetanse sitter BHT ofte på bred, relevant kompetanse som bidrar til å se muligheter for tilrettelegging:

Det er veldig nyttig å delta på dialogmøter. Ved behov deltar i tillegg til bedriftssykepleier enten fysioterapeut eller lege alt etter problemområde for den ansatte. Dette er nyttig for å øke forståelsen til leder for hva og hvordan tilrettelegge. (Sykepleier, BHT med 4 ansatte, Egenordning BHT).

Godt samarbeid og nye løsninger gir ofte positive resultater:

Får ofte tilpasset arbeid, slik at den sykmeldte kommer fortere i arbeid. (Lege, BHT med 10 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Varierer veldig. Ofte nyttig fordi vi har kunnet tilby en type oppfølging av den sykmeldte som de ikke selv har vært informert om. Ergonomisk tilrettelegging, veiledning, arbeidspsykologisk bistand, funksjonsvurdering, arbeidshelseundersøkelse osv. Får også et innblikk i arbeidsmiljøet forøvrig som ofte har ført til iverksetting av tiltak og oppfølging. (Sykepleier, BHT med 7 ansatte, Egenordning BHT).

6.6.4 BHT bidrar til økt bruk av gradert sykmelding

Fordi BHT-ene har kunnskap til å se tilretteleggingsmuligheter, bidrar de ofte til at den sykmeldte kan komme tilbake til jobb, helt eller delvis:

Nyttige møter som svært ofte bidrar til at vi finner egnede arbeidsoppgaver slik at den sykmeldte kommer tidligere tilbake, enten fullt eller gradert. (Sykepleier, BHT med ansatte, BHT).

Mange forteller også at de bidrar til at sykmeldingsgraden endres på dialogmøtet. Vi har derfor forsøkt å få kartlagt omfanget av dette ved å be respondentene fra BHT om å ta stilling til følgende spørsmål: "Min deltakelse i dialogmøtene er viktig for vurderinger knyttet til gradert sykmelding". Andel helt eller delvis enig.

Tabell 6.15 Min deltakelse i dialogmøtene er viktig for vurderinger knyttet til gradert sykmelding. Andel helt/delvis enig

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 3 | 3 |
| Delvis uenig | 4 | 3 |
| Verken/eller | 9 | 8 |
| Delvis enig | 58 | 49 |
| Helt enig | 43 | 36 |
| Ikke relevant | 2 | 2 |
| Total | 119 | 100 |

Hele 85 prosent av respondentene fra BHT-ene svarer at de bidrar med vurderinger knyttet til gradert sykmelding. Det er mulig at fokuset på gradert sykmelding har bidratt til at BHT-enes direkte påvirkning på sykefraværet har økt, men dette har vi ikke undersøkt videre. Sammenlignet med de andre ordningene oppgir en større andel av respondentene ved de interne BHT-ene at de er viktige for vurderinger knyttet til gradering.

Tabell 6.16 Min deltakelse i dialogmøtene er viktig for vurderinger knyttet til gradert sykmelding. Andel helt/delvis enig, etter type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 74 |
| Medlemsbasert | 56 |
| Kundebasert | 35 |
| Annet | 67 |

Forskjellene i svarene er systematiske/signifikante mellom egenordning og medlem/kundebaserte BHT-er.

6.6.5 Bidrar til økt kontakt mellom aktørene

Flere er inne på at et dialogmøte bidrar til at kontakten mellom partene øker, og at det også kan bedre kommunikasjonen om den ikke er helt på plass:

I mange tilfeller er dialogen OK i utgangspunktet, og Dialogmøte 1 blir en formalitet. Nyttig i tilfeller med mangelfull kommunikasjon mellom leder og ansatt. (Sykepleier, BHT med 6 ansatte, Egenordning BHT).

En litt filosofisk lege sier det slik:

Enhver kontakt av denne typen må anses som nyttig. Alternativet er ingen kontakt. (Lege, BHT med 9 ansatte, Egenordning BHT).

Andre differensierer mer, og flere nevner konflikter på arbeidsplassen:

Nyttig spesielt når fraværet har sammenheng med jobb, ved konflikter, og/eller tilpasningsbehov før retur til jobb. Mindre nyttig, men ikke dermed bortkastet ved mer "ordinære" fravær. (Lege, BHT med fire ansatte, Egenordning BHT).

Noen ganger veldig nyttig, andre ganger unødvendig. Noen arbeidsgivere oppfatter det slik at det skal holdes for enhver pris uten å gjøre vurdering. Hvis det er en konflikt mellom leder og ansatt som ligger bak, er det ikke meningen å bruke dialogmøtet som arena for konfliktløsning, men det kan være et startpunkt der man blir enig om framdrift. (Fysioterapeut, BHT med 7 ansatte, Egenordning BHT).

Det er også flere som er inne på betydningen av å ta arbeidstakeren på alvor:

Det er nyttig for arbeidstaker å bli tatt på alvor. Som BHT kommer jeg inn som en nøytral tredjepart og det har jeg fått gode tilbakemeldinger på fra både arbeidstakere og arbeidsgivere. Vi bidrar ofte med en samtalepartner/veileder i forlengelsen av dialogmøter - og i noen tilfeller fysioterapeut/osteopater. Synes stort sett at vi blir innkalt på dialogmøter der det er nyttig at vi er til stede. (Sykepleier, BHT med 9 ansatte, Kundebasert BHT).

I andre tilfeller kan det være viktig med en statusoppdatering:

Gir en status og oversikt for vedkommende som er syk. Vurdering av tilrettelegging av arbeid offshore eller på land. Dette har vi flere eksempler, storekeeper som er syk offshore, har restarbeidsevne til å bistå innkjøpsavdeling på land, kan faktisk sitte og ha hjemmekontor. (Sykepleier, BHT med 26 ansatte, Egenordning BHT).

BHT kan også bidra til å gjøre Dialogmøte 1 til en god arena, og dermed bli mer nyttig både for arbeidsgiver og arbeidstaker:

Det er nødvendig å bidra til at det skapes en avslappet atmosfære der den ansatte føler trygghet for å legge frem det han strever med. Generelt en nyttig arena for møte mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. (Sykepleier, BHT med 10 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Dialogmøtene kan også være nyttig der det er mange aktører involvert.

Nyttig i de tilfellene de alle aktørene deltar. Møtene blir litt meningsløse de gangene det er opplagte grunner til at møtet ikke trenger å gjennomføres, men hvor regelverket krever det. (Hovedfag psykologi, BHT med 7 ansatte, Medlemsbase BHT).

Nyttig: Der muligheter for tilrettelegging er tett koplet sammen med hvor stor friskmeldingsprosent som er realistisk, behov for å "oversette" mellom en arbeidsgiver og fastlege / sykmelder. Ikke så nyttig: Der det er tydelig sammenheng mellom sykdom og funksjonstap, tilrettelegging betyr lite for arbeidsevnen. (Lege, BHT med ansatte, BHT).

Noen får også med NAV.

Svært nyttig. Godt å få samlet alle aktørene (lege også) for å lage en god plan videre. Stor hjelp for arbeidsgiver og vi opplever NAV som veldig gode i dette arbeidet sammen med oss. (Yrkeshygieniker, BHT med 7 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Variierende grad av nytte, men vi opplever stadig at leder som pliktskyldigst har innkalt oss i etterkant mener at det var nyttig å ha oss med likevel. Vi setter ofte fokus på andre muligheter, tilbyr oppfølging av BHT eller informerer om tilbud hos NAV. Ofte nyttig å kunne tilby oppfølging med vår psykolog. (Lege, BHT med 8 ansatte, Egenordning BHT).

6.6.6 Kvalitetssikring av oppfølgingene og å komme tidlig inn

Noen BHT-er ser det som sin rolle å kvalitetssikre oppfølgingsarbeidet som gjøres i virksomhetene:

Svært nyttig for å kvalitetssikre god oppfølging. Men selv med de beste ledere (oppdatert og dyktige på personalhåndtering) kan BHT spille sin rolle på en god måte. Veldig varierende bidrag, men som regel nyttig å være med som nøytral part. (Fysioterapeut, BHT med 25 ansatte, Kundebasert BHT).

Mange er opptatt av at deltakelse på Dialogmøte 1 bidrar til at BHT kommer tidlig inn i saken og dermed kan ha større effekt på utviklingen:

Generelt nyttig. Det gir innblikk i situasjonen på et tidlig tidspunkt og man kan klare å snu uheldige prosesser så tidlig som mulig. (Ansatt, BHT).

Det er stort sett alltid nyttig å diskutere innholdet i arbeidet opp mot funksjonsvurderingen i dialogmøte. (Lege, BHT med 4 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Fokus skjerpes. (Lege, BHT med 4 ansatte, Egenordning BHT).

Noen mener det er viktig å komme inn enda tidligere enn det de gjør i dag:

BHT bør i større grad involveres før Dialogmøte 1, tidlig intervensjon for å bidra til "raskere tilbake". (Sykepleier, BHT med 11 ansatte).

Vi får gått tidlig inn med fritt sykehusvalg og andre tjenester som kan bidra til kortere venting på undersøkelser og operasjoner. Fortere tilbake i jobb. (Sykepleier, BHT).

Det er ikke alltid BHT-representantene opplever at det er fokus på de viktige tingene på møtene.

Jeg mener det er nyttig oppfølging. Viktig med tydelighet. Pr i dag syns jeg ledere bruker mesteparten av møtet til NAV-relaterte skjema - og mindre på å finne gode løsninger. Opplever at faglig bredde i møtene betyr mye. Jeg kan som helsepersonell ofte komme med innspill / peke på ting i kraft av min kompetanse. Jeg tror også fagpersoner i slike møter gir møtene mer "tyngde" – seriøsitet. (Ergoterapeut, BHT med ansatte, BHT).

Meget nyttig. Jeg jobber i egenordning, kan raskt stille opp i møter. Får god innsikt i saken direkte fra person og leder, tillitsvalgt. Opplever oftest å kunne bidra med konkret info, råd, veiledning i forhold til egenansvar for helse, tilrettelegginger i jobb, bruk av raskere tilbake-tiltak, "purring" på offentlige helsevesen, mulighet for å bruke Arbeidsrettet rehabilitering. Mye gode erfaringer på disse momentene. (Sykepleier, BHT).

Av og til kan det kanskje også handle om hvilken kompetanse representanten fra BHT har med seg i de enkelte sakene og hva de ut i fra sin fagkompetanse kan forventes å bidra med:

Ved for eksempel muskel-skjelettproblematikk å følge opp muligheten for å gjøre arbeidet likevel. Følge opp i forhold til behandling... De tilfeller med psykiske problemer (depresjon mm.) Og ved organsykdommer har det lite hensikt. (Fysioterapeut, BHT med 6 ansatte, Medlemsbasert BHT).

6.6.7 Legen på Dialogmøte 1

I likhet med mange arbeidsgivere, er det også flere representanter for BHT-er som mener det er behov for helseinformasjon for å komme med gode tiltak:

BHT kan bidra til bedre tilrettelegging. Bidra til kunnskap hos leder. Dialogmøtet er mindre nyttig når taushetsplikt (diagnose) fører til manglende informasjon om sykdomstilfelle. Da vanskelig å vurdere adekvate tiltak. (Pedagog, BHT med relativ få ansatte, Egenordning).

Mange arbeidsgivere mener også at det er viktig at sykmelder deltar på Dialogmøte 1. Siden sykmelder etter 7 ukers sykmelding nesten alltid er en lege har vi bedt BHT representanten ta stilling til følgende påstand: Det er viktig at sykmeldende lege deltar på Dialogmøte 1.

Tabell 6.17 Respons på påstand: Det er viktig at sykmeldende lege deltar på Dialogmøte 1

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 6 | 6 |
| Delvis uenig | 10 | 9 |
| Verken/eller | 18 | 17 |
| Delvis enig | 38 | 35 |
| Helt enig | 35 | 32 |
| Ikke relevant | 2 | 2 |
| Total | 109 | 100 |

Når vi ser på hvordan folk med ulik yrkesbakgrunn har svart, finner vi at det er legene ved BHT-ene som i minst grad mener det er viktig å ha med sykmeldende leger. Det er vanskelig å si at dette er systematiske/statistisk signifikante forskjeller fordi utvalget er relativt lite, men det er tendenser til en slik systematikk. Forskjellen mellom leger og yrkeshygienikere blir særlig tydelig når vi kontrollerer for type BHT.

Tabell 6.18 Respons på påstand: Det er viktig at sykmeldende lege deltar på Dialogmøte 1, etter fagbakgrunn

| | Andel helt/delvis enig |
|-------------------|------------------------|
| Lege | 34 |
| Sykepleier | 35 |
| Fysioterapeut | 35 |
| Ergoterapeut | 75 |
| Yrkeshygieniker | 64 |
| Annet, skriv her: | 44 |

Tabell 6.19 Respons på påstand: Det er viktig at sykmeldende lege deltar på Dialogmøte 1, etter type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 41 |
| Medlemsbasert | 33 |
| Kundebasert | 34 |
| Annet | 60 |

6.6.8 Bidra i dialog med legen

Vi vet ikke hvordan den helsefaglige kompetansen til de som bidrar fra BHT på dialogmøte er, men i de tilfeller BHT-representanten har denne kompetansen, er det mange som mener at de har stor betydning i dialogmøtene, og særlig i kontakt med legen:

BHT bidrar med helsefaglig kompetanse og kan se/utfordre tilretteleggingsmuligheter for å få medarbeider tilbake i arbeid helt eller delvis. Positivt for å kunne kommunisere med sykmeldende lege gjennom den sykmeldte. Eneste måte å få kontakt med legen på. (Fysioterapeut, BHT).

Ofte nyttig for å avklare tilrettelegging mm, få en felles forståelse, særlig når fastlegen er til stede. (Yrkeshygieniker, BHT med 6 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Nyttig i komplekse forhold og når legen er en viktig aktør. Eventuelt når leder og/eller ansatt trenger rammer rundt seg for å få til en dialog eller for å få progresjon. Ikke like nyttig i de enkle sakene. (Lederbakgrunn, BHT med 6 ansatte, Egenordning BHT).

Dersom BHT-representanten har helsefaglig kompetanse kan hun eller han være en viktig aktør i dialogen med legene. Vi har forsøkt å kartlegge om BHT representanter har en god dialog med de ansattes lege eller sykmelder. 62 prosent er helt eller delvis enig i påstanden, så det er ikke alle som har en god dialog.

Tabell 6.20 Jeg har stort sett god dialog med de ansattes lege/sykmelder

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 5 | 5 |
| Delvis uenig | 15 | 14 |
| Verken/eller | 18 | 17 |
| Delvis enig | 41 | 38 |
| Helt enig | 26 | 24 |
| Ikke relevant | 3 | 3 |
| Total | 108 | 100 |

Som forventet har flere av legene i BHT-ene god dialog med sykmelder enn for eksempel fysioterapeuter eller ergoterapeuter. Sykepleiere og yrkeshygienikere ligger midt i mellom. Spredningen i svarene er for stor til at vi kan si at det er en sterk systematisk sammenheng, med unntak av forskjellen mellom leger og fysioterapeuter, der er det statistisk signifikante forskjeller.

Tabell 6.21 Jeg har stort sett god dialog med de ansattes lege/sykmelder, etter fagutdanning

| | Andel helt/delvis enig |
|-------------------|------------------------|
| Lege | 53 |
| Sykepleier | 35 |
| Fysioterapeut | 23 |
| Ergoterapeut | 25 |
| Yrkeshygieniker | 36 |
| Annet, skriv her: | 33 |

Tabell 6.22 Jeg har stort sett god dialog med de ansattes lege/sykmelder. Type ordning

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 56 |
| Medlemsbasert | 33 |
| Kundebasert | 22 |
| Annet | 40 |

Forskjellene i svarene mellom egenordning og medlemsbasert eller kundebasert er systematiske. Det ser derfor ut som de interne bedriftshelsetjenestene i større grad får til bedre dialog med legene. Det kan være ulike årsaker til dette,

6.6.9 Legen trenger informasjon om tilretteleggingsmuligheter

I noen tilfeller trenger lege/sykmelder innspill på hvilke muligheter for tilrettelegging som finnes på arbeidsplassen. Her kan kompetansen fra BHT være viktig.

Svært nyttig, spesielt når lege deltar - får belyst tilretteleggingsmuligheter arbeidsgiver har. Ofte vet ikke legen om dette... (Sykepleier, BHT).

Bra å møtes og avklare hva som er mulig/ikke mulig å få til på arbeidsplassen, samt formidle fra alle parter tilbake til legen hva som er mulig/ikke mulig. Samt å få skrevet ned på oppfølgingsplanen hva arbeidet faktisk består i fra alle parter. At BHT er med å gir råd til begge parter samtidig er meget nyttig. Både for avklaringer/hvordan man går frem med tilbakemeldinger til lege og problemløsere. Største problemet er når man ber om tilbakemeldinger fra SM lege og ikke får dette, selv etter purringer. Vanskelig å motivere arbeidsgiver til å fortsette arbeidet med oppfølgingsplaner og rapporter da. (Sykepleier, BHT)

Nyttig med tidlig kontakt med sykmelder, etablere felles virkelighetsforståelse. (Lege, BHT med 3 ansatte, Egenordning BHT)

Tabell 6.23 Svar på påstand: Leger trenger innspill fra BHT for å kunne vurdere arbeidsmulighet ved sykdom på forsvarlig vis

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 4 | 4 |
| Delvis uenig | 2 | 2 |
| Verken/eller | 11 | 10 |
| Delvis enig | 47 | 44 |
| Helt enig | 41 | 38 |
| Ikke relevant | 2 | 2 |
| Totalt | 107 | 100 |

82 prosent av respondentene er helt eller delvis enig i påstanden om at legene trenger innspill fra BHT.

Tabell 6.24 Andel helt/delvis enig: Leger trenger innspill fra BHT for å kunne vurdere arbeidsmulighet ved sykdom på forsvarlig vis, etter type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 63 |
| Medlemsbasert | 36 |
| Kundebasert | 38 |
| Annet | 60 |

Her er det igjen systematiske og tydelige forskjeller mellom svarene til respondenter fra egenordninger og fra medlemsbaserte/kundebaserte ordninger.

Det er ikke slik at den systematiske forskjellen mellom type ordning forsvinner når vi kontrollerer for fagsammensetningen; forskjellen øker heller marginalt.

6.6.10 Muligheter for å selge seg inn via Dialogmøte 1

Noen utsagn tyder på at flere BHT-er bruker dialogmøtene på å selge seg inn til nye oppdrag på arbeidsplassen:

Nyttig når møtet utløser oppfølging på arbeidsplass, eksempelvis. Mange tilfeller er deltakelsen ikke nyttig - forhold kan være godt avklart. (Leder i kundebasert, relativt stor BHT).

Vurderer nytten av dialogmøte som meget god, vi ser på det som en god arena for å møte arbeidsgivere og ansatte, og vi får en anledning til å vise frem hvilke tjenester vi kan levere, samt vi kan gi råd om f.eks. raskere tilbake ordningen og evt. andre relevante tiltak. Anledning til å bedrive praktisk ledercoaching på dette med arbeidsgivers plikter, samt relasjonelt og psykososialt arbeidsmiljø. (Leder ved relativ liten kundebasert BHT).

Fra BHT sitt ståsted, opplever vi at det helst er et pliktløp. Ledere har i noen tilfeller behov for tips til tilrettelegging for den sykmeldte. Ift. graviditet, ser vi liten nytte. Også nyttig ift. diskusjon rundt det enkelte tilfelle. (Sykepleier, BHT med 7 ansatte, Egenordning BHT).

6.6.11 Kan BHT være kritisk mot lederen i oppfølgingen av sykmeldte?

Noen sier at de kan få leder og ansatt til å tenke på nye måter:

Ofte nyttig. BHT kan komme inn med "blanke ark" og kan få leder og ansatt til å tenke i nye baner. (Sykepleier, BHT med 5 ansatte, Kundebasert BHT).

Vi har tidligere diskutert rollen til bedriftshelsetjenesten i forhold til lojalitet fra BHT til arbeidsgiver, fordi det er arbeidsgiver som betaler for tjenesten (se Ose et al., 2009; Ose et al., 2012). På grunn av den økte konkurransen i BHT-markedet er det opplagt at BHT-en nå må være enda mer forsiktig med å bli upopulær. Dette gjelder både interne og eksterne BHT-er. Det er lett å bli erstattet av en ny BHT dersom arbeidsgiveren opplever at nåværende BHT krever for stor innsats av lederne.

Tabell 6.25 I dialogmøtene stiller jeg ofte kritiske spørsmål til lederne om oppfølgingen av sykmeldte

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 10 | 8 |
| Delvis uenig | 22 | 19 |
| Verken/eller | 33 | 28 |
| Delvis enig | 36 | 31 |
| Helt enig | 13 | 11 |
| Ikke relevant | 4 | 3 |
| Total | 118 | 100 |

42 prosent svarer at de ofte stiller kritiske spørsmål, vi ser på om det er variasjon mellom ulike typer BHT-er.

Tabell 6.26 I dialogmøtene stiller jeg ofte kritiske spørsmål til lederne om oppfølgingen av sykmeldte, type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 40 |
| Medlemsbasert | 26 |
| Kundebasert | 19 |
| Annet | 50 |

Ansatte i kundebaserte BHT-er oppgir altså at de stiller færre kritiske spørsmål enn de som jobber ved en egenordning, men forskjellene mellom egenordning og medlemsbasert er ikke systematiske nok til å være statistisk signifikant. Det er også naturlig å tenke seg at det kan være forskjeller etter hvordan bedriftshelsetjenesten er organisert internt.

6.6.12 Bistand i utarbeiding av oppfølgingsplaner og rapportering til NAV

Gjennom intervjuer har vi snakket med BHT-er som i liten grad er involvert i arbeidet med oppfølgingsplaner og rapportering til NAV, men vi har også sett at noen BHT-er bidrar i dette arbeidet for å avlaste arbeidsgiverne. Vi har derfor forsøkt å kartlegge dette gjennom undersøkelsen.

Tabell 6.27 Svar på påstand: Vi bistår virksomheten(e) med dokumentasjon og utfylling av oppfylingsplan

| | Antall | Andel |
|---------------------|--------|-------|
| I svært stor grad | 29 | 25 |
| I ganske stor grad | 52 | 46 |
| Verken/eller | 12 | 11 |
| I ganske liten grad | 19 | 17 |
| I svært liten grad | 2 | 2 |
| Total | 114 | 100 |

Tabell 6.28 Svar på påstand: Vi bistår virksomheten(e) med dokumentasjon og utfylling av oppfylgingsplan. Type ordning

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 51 |
| Medlemsbasert | 41 |
| Kundebasert | 33 |
| Annet | 67 |

Forskjellene mellom egneordning og kundebasert er signifikant.

Vi var også interessert i finne ut om BHT-ene bidrar i kontaktflaten mellom NAV og BHT i forhold til rapportering. Vi ba dem derfor ta stilling til følgende påstand: Vi bistår i forbindelse med innrapporteringsrutiner til NAV vedrørende oppfølging (oppfølgingsplan, rapport om oppfølging av sykmeldte, refusjon BHT, mm.). Svarfordelingen vises i tabellen under.

Tabell 6.29 Respons på påstand: Vi bistår i forbindelse med innrapporteringsrutiner til NAV vedrørende oppfølging (oppfølgingsplan, rapport om oppfølging av sykmeldte, refusjon BHT, mm.)

| | Antall | Andel |
|---------------------|--------|-------|
| I svært stor grad | 28 | 25 |
| I ganske stor grad | 49 | 43 |
| Verken/eller | 16 | 14 |
| I ganske liten grad | 18 | 16 |
| I svært liten grad | 3 | 3 |
| Total | 114 | 100 |

Det er altså 2 av 3 respondenter fra BHT-ene som har svart at de i svært stor eller ganske stor grad bidrar i forbindelse med innrapporteringsrutinene. Som vi ser i neste tabell er det svært stor forskjell på BHT-ene etter hvilken type ordning dette er. Det er altså over 60 prosent av respondentene fra egenordningene som svarer at de bidrar i forbindelse med NAV-rapporteringen, men det er under 30 prosent av medlems- og kundebaserte BHT-ene som gjør dette. Disse funnene handler sannsynligvis om at de interne BHT-ene er en integrert del av enten HMS-tjenesten, HR-tjeneste/personaltjeneste slik at dette blir en mer naturlig del av oppgavene. I eksterne BHT-er det likevel så mye som nesten 30 prosent som må bistå i dette arbeidet, og dette kan bety at dette er noe virksomhetene aktivt søker hjelp til.

Tabell 6.30 Andel som svarer i svært stor/ganske stor grad på påstand: Vi bistår i forbindelse med innrapporteringsrutiner til NAV vedrørende oppfølging (oppfølgingsplan, rapport oppfølginga av sykmeldte, refusjon BHT, m.m.), type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 62 |
| Medlemsbasert | 28 |
| Kundebasert | 28 |
| Annet | 67 |

Forskjellene er også her klart statistisk signifikante mellom egenordninger og medlemsbaserte/kundebaserte BHT-er.

6.6.13 Kanskje ikke så nyttig?

De aller fleste mener at dialogmøte er nyttig i mange tilfeller, men de færreste er enig i at det alltid er nyttig. En HMS-rådgiver som oppsummerer slik:

Det er variabel nytte av Dialogmøte 1, ca. 50/50 nytte/ikke-nytte av dialogmøte. Ved ikke-nytte: legen mener at den sykmeldte fortsatt skal ha ro, det blir ikke snakket om tilrettelegging. I de sakene der det kommer til diskusjon om tilrettelegging, er det viktig at bedriftshelsetjenesten er til stede og kan bidra. Da blir det konstruktivt og nyttig. (HMS-rådgiver, BHT med 5 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Svært mange sier også at det er unyttig når personen alt er på vei tilbake, i motsetning til når det er mange forhold som er uavklart:

Unyttig med Dialogmøte 1 ved kortvarig og forbigående sykdom hvor personen alt er på vei tilbake til sin vanlige jobb. Nyttig: der hvor det er mye uavklart ift medisinsk avklaring og muligheter for tilrettelegging spesielt utenom opprinnelig arbeid. (Lege, BHT med 11 ansatte, Egenordning BHT).

Unyttig når saken er opplagt, og møtene bare er forbrukere av tid. (Sykepleier, BHT med 5 ansatte).

Ikke nyttig med Dialogmøte 1 når ansatt har sykdomsbilde der man avventer rehabiliteringsforløp som forventet (eks. brudd, postoperativ tilheling, i kø for undersøkelse/operasjon). (Fysioterapeut, BHT).

Dialogmøte 1 skal være en arena for arbeidsgiver og arbeidstaker å møtes, så i utgangspunktet har ikke BHT noen primærrolle i dette møtet:

BHTs rolle i Dialogmøte 1 er ganske liten. Beste nytte av BHT får virksomheten ved å ta BHT med i sykefraværsoppfølgingsarbeid i tidligst mulig fase. (HMS-rådgiver, BHT med 6 ansatte, Medlemsbasert BHT).

En lege kommer inn på behovet for differensiering:

Ofte kommer det ikke fram relevante opplysninger som ikke er kjent fra før, burde vært større grad av vurdering av behovet for slike møter før de ble avholdt. (Lege, BHT med 35 ansatte, Egenordning BHT).

Opplever ofte liten nytte. Situasjonen er enten for uavklart, eller det er få muligheter for tilrettelegging i fht. hvor vedkommende er i behandlingsforløpet. Fortsatt mange arbeidsgivere som ikke vet hvordan dette fungerer. Noe mer nyttig i større selskap med "mengdetrening" i oppfølging. (Sykepleier, BHT med 5 ansatte, Annet BHT).

I likhet med det vi har observert sier representanter fra BHT at de flinke arbeidsgiverne ofte er ferdig med avklaringen og har en plan for videre forløp lenge før Dialogmøte 1 avholdes:

Bedriften jobber veldig aktivt fra første dag syk, så av og til kan dialogmøtene bli gjennomført bare for å ha gjennomført dem. Alle avklaringer og tiltak som gjerne kommer frem på et dialogmøte, er allerede gjort. (Sykepleier, BHT med 4 ansatte, Egenordning BHT).

Vi har også forsøkt å kartlegge den opplevde nytten av å være til stede.

Tabell 6.31 Jeg deltar ofte deltatt i dialogmøter der jeg ikke har noe å bidra med

| | Antall | Andel |
|---------------|--------|-------|
| Helt uenig | 47 | 40 |
| Delvis uenig | 31 | 26 |
| Verken/eller | 17 | 14 |
| Delvis enig | 18 | 15 |
| Helt enig | 2 | 2 |
| Ikke relevant | 3 | 3 |
| Total | 118 | 100 |

Det er også forskjeller mellom interne og eksterne BHT-er i hva de svarer her, men forskjellene er ikke systematiske. Tendensen er den samme, at interne BHT i større grad sier de deltar på dialogmøter de har lite å bidra med. Dette har sannsynligvis sammenheng med at interne BHT-er i større grad blir innkalt på dialogmøte.

Tabell 6.32 Helt eller delvis enig i påstanden: Jeg deltar ofte deltatt i dialogmøter der jeg ikke har noe å bidra med, type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 13 |
| Medlemsbasert | 10 |
| Kundebasert | 5 |
| Annet | 17 |

6.7 Kunne ressursene blitt brukt bedre?

Selv om man ikke kan si hva den faktiske effekten av sykefraværsoppfølgingen er, er det flere som mener at det uansett er nyttig med kontakt mellom aktørene. Likevel er mange usikker på om dette er riktig ressursbruk. Strenge regler gjør at en del ting i stor grad gjøres for å tilfredsstille regelverket og å unngå sanksjoner.

Høyst variabelt. Fra totalt hensiktsløst - skikkelig gode. Skrankene som er fastsatt fra høyeste hold gjør at arbeidsgiver følger disse (for å slippe bot) slavisk uten å vurdere om det er hensiktsmessig eller unødvendig. Flere kunne med fordel ikke vært avholdt fordi de kommer inn under betegnelsen "åpenbart unødvendig" eller at de kommer for tidlig i forhold til undersøkelser/utredning ("kan ikke si noe i dag; skal på røntgen, utredning, mv. i morgen eller om en uke"). (Sykepleier, BHT med 10 ansatte, Medlemsbasert BHT).

BHT sine erfaringer er at når det lovpålagte dialogmøtet kom, forsvant de gode rutinene hvor leder fulgte den sykmeldte tett, ofte sammen med BHT. Den gang var det mindre fokus på å tilfredsstille regelverket og mer fokus på oppfølgingen. Nå virker det som sakene stopper etter uke 9. (leder i kundebasert, relativ stor BHT).

98 prosent av dialogmøtene er unyttige og spill av tid. NAV kan på grunn av regelverket ikke bidra til løsning av årsaken til problemene til den sykmeldte. (Yrkeshygieniker, BHT med 8 ansatte, Kundebasert BHT).

Er ikke sikker på om dette er den beste måten og er rett bruk av ressursane for å få eit lågare sjukefråvær. (Verneingeniør, BHT med 34 ansatte, Medlemsbasert BHT).

Lite matnyttig for arbeidstaker/arbeidsgiver. Den vesentlige årsaken til god sykefraværsoppfølging ligger i dialogen og samspeillet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. (Sykepleier, BHT med ansatte, BHT).

Vi har bedt respondentene ta stilling til følgende påstand: Jeg mener at dersom den lovmessige plikten til at bedriftshelsetjenesten skal være med på Dialogmøte 1 tas bort, vil dette frigjøre mye ressurser til at vi kan gjøre annet og mer nyttig arbeid i virksomhetene

Tabell 6.33 Respons på påstand: Jeg mener at dersom den lovmessige plikten til at bedriftshelsetjenesten skal være med på Dialogmøte 1 tas bort, vil dette frigjøre mye ressurser til at vi kan gjøre annet og mer nyttig arbeid i virksomhetene

| | Antall | Andel |
|---------------------|--------|-------|
| I svært stor grad | 3 | 3 |
| I ganske stor grad | 24 | 21 |
| Verken/eller | 39 | 35 |
| I ganske liten grad | 28 | 25 |
| I svært liten grad | 19 | 17 |
| Total | 113 | 100 |

Påstanden om at Dialogmøte 1 er en viktig inntektskilde for de kommersielle BHT-ene finner til en viss grad støtte i tabellen under. Andelen er jevnt over lav, men den er vesentlig høyere blant egenordningene sammenlignet med de kundebaserte BHT-ene.

Tabell 6.34 Andel som svarer I svært stor grad eller I ganske stor grad på påstand: Jeg mener at dersom den lovmessige plikten til at bedriftshelsetjenesten skal være med på Dialogmøte 1 tas bort, vil dette frigjøre mye ressurser til at vi kan gjøre annet og mer nyttig arbeid i virksomhetene, type BHT

| | Andel helt/delvis enig |
|---------------|------------------------|
| Egenordning | 21 |
| Medlemsbasert | 13 |
| Kundebasert | 7 |
| Annet | 17 |

Forskjellene er statistisk signifikante mellom egenordning og kundebasert ordning.

6.8 Oppsummering

Bedriftshelsetjenesten vil i mange tilfeller være nyttig å ha med på dialogmøter, kanskje også på Dialogmøte 2 med NAV. NAV og BHT har ingen felles arena og dermed svært lite samarbeid. Samarbeid mellom de ulike aktørene faller utenfor dette prosjektet, men det er mulig at NAV og BHT har potensiale for økt samarbeid, ikke bare rundt sykefravær, men også rundt i forhold til inkludering

og seniorarbeid. Vi observerer også at NAV-veilederne sliter med saker der det er konflikt mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og dette er typiske tilfeller der NAV bør henvise til bedriftshelsetjenesten dersom virksomheten er tilknyttet en leverandør. BHT-ene har ofte høy kompetanse på konflikthåndtering, men mange NAV-veiledere vet ikke helt hva BHT-ene kan bidra med – ofte vet heller ikke arbeidsgiverne at BHT har slik kompetanse.

Det er stor variasjon knyttet til deltakelsen til BHT på Dialogmøte 1. I noen tilfeller er det svært viktig at de er med og i andre tilfeller helt unyttig. Om vi forsøker å oppsummere hvilke tilfeller BHT mener det er særlig viktig at de deltar på dialogmøte og i oppfølgingen generelt, er dette følgende saker:

- Der arbeidsgiver og/eller arbeidstaker har lite kunnskap om regelverk og prosedyrer
- Der arbeidsgiver og arbeidstaker ikke ser tilretteleggingsmuligheter selv
- Der arbeidsgiver og/eller arbeidstaker har lite kunnskap om behandlingsmuligheter og tiltaksmuligheter fra NAV
- Der det er dårlig dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, eks konflikter
- Der det er en uavklart situasjon i forhold til sykmeldingen, de mer kompliserte sakene
- Når helseproblemer påvirker arbeidsevnen, men det er potensial for tilrettelegging
- Der det er behov for kommunikasjon med legen eller helsemyndigheter som helsepersonell i BHT kan bidra med.

Hvilken rolle BHT kan spille er også avhengig av hvilke virksomheter som har krav til å ha tilknyttet seg BHT. Bransjeforskriften lister opp hvilke bransjer det er, og SSB finner gjennom Arbeidskraftsundersøkelsen at 57 prosent av alle ansatte arbeidet i virksomhet med bedriftshelsetjeneste i 2009. Etter 2010, med en sterk økning i antall virksomheter (helse og sosial, undervisning med mer) som fikk BHT-plikt, er andelen høyere.

Et sentralt spørsmål blir dermed om det faktisk er de virksomhetene som har størst behov for BHT, jfr. punktene over, også er de samme som har BHT plikt. Utfordringene er ofte størst i små virksomheter som ikke har en egen administrasjon med oversikt over regelverk, behandlingsmuligheter og ulike tiltak.

Vi konkluderer med at BHT i stor grad synes det er nyttig at de er med på en god del dialogmøter. Dialogmøte 1 er en viktig arena for BHT-er til å identifisere arbeidsmiljøutfordringer og andre relevante problemstillinger. De kommersielle bruker det som en arena til å selge seg inn til nye oppdrag for virksomheten, mens de interne kanskje i større grad integreres i sykefraværarbeidet og oppfølgingsarbeidet på systemnivå. De har dermed en helt annen mulighet for å påvirke det systematiske arbeidet med sykefravær i virksomheten. De interne BHT-ene eller egenordningene har sannsynligvis bedre vilkår for å være en mer kritisk aktør inn i oppfølgingsarbeidet enn de kommersielle aktørene. Det er uansett liten tvil om at konkurranseforholdene er harde i BHT-markedet nå. Dette vil sannsynligvis påvirke hvor kritisk BHT kan være og hvor mye de kan kreve av arbeidsgiveren. Det står lett en ny BHT og tilbyr sine tjenester om arbeidsgiveren opplever at nåværende BHT krever for stor innsats og ressurser fra lederne.

Vi konkluderer med at Dialogmøte 1 er en viktig arena for BHT, men at det er mange tilfeller der BHT sin deltakelse ikke har betydning for utfallet på sykmeldingstilfellet etter syv uker. Det er dermed ikke grunnlag å forlange gjennom lovregulering at arbeidsgiverne innkaller BHT til alle dialogmøter. Det er

heller ikke slik i dag at alle arbeidsgivere kaller inn BHT rutinemessig. Dette skyldes at de enten ikke kjenner til reglene om at de skal det, at de ikke synes det har særlig betydning at de deltar, eller at de gjerne vil bruke BHT ressursene på en annen måte.

Det er også en utfordring at det kun er IA-virksomhetene som får refusjon fra NAV for BHT sin deltakelse i dialogmøtene. Her er noe som skurrer, for både IA-virksomheter og de som ikke er IA-virksomheter må forholde seg til de samme oppfølgingsreglene – både IA-virksomheter og virksomheter uten IA-avtale er i loven pålagt å ta med BHT på Dialogmøte 1, men det er kun IA-virksomhetene som har tilgang til å la NAV betale for møtedeltakelsen til BHT. De sentrale IA-partene (arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene) har argumentert sterkt for at noen virkemidler skal være forbeholdt IA-virksomheter og det er også sannsynlig at mange har inngått IA-avtale nettopp på grunn av virkemidlene. Hvorvidt man kan lovpålegge virksomhetene et tiltak som kun noen virksomheter får refundert kostnadene av, er sannsynligvis diskutert blant partene i IA-avtalen.

7 Erfaringer fra NAV

7.1 Innledning

NAV er en av de aller viktigste virksomhetene vi har i landet. Dersom NAV fungerer godt, utgjør de et betydelig potensial i arbeidet med sykefravær og inkludering. NAV er også navet i sykefraværsoppfølgingen. Legen sender sykmeldingene til NAV, arbeidsgiverne skal rapportere til NAV at de har gjort det de skal i følge loven, og de skal delta på møter med NAV. Arbeidstakerne må sørge for å utføre sine plikter og møte opp når NAV innkaller. På denne måten er det NAV som har det koordinerende ansvaret for sykmeldte i Norge.

Vi har i dette kapitlet undersøkt hvordan NAV-kontorene arbeider med sykmeldte, og vi har forsøkt å samle erfaringer fra de NAV-ansattes side, heller enn å ta utgangspunkt i erfaringer fra sykmeldte eller fra arbeidsgiverne som vi har gjort i kapitlene foran.

Det har vært krevende å sette seg inn i hvilke oppgaver ansatte på de lokale NAV-kontorene har rundt sykefravær, og hvordan de arbeider med sykmeldte i praksis. Det er komplekst, og de som arbeider med sykefraværsoppfølging i NAV forteller oss at man trenger minst et halvt år med opplæring for å kunne utføre jobben. Vi har brukt mange uker, men er på ingen måte utlært, og det er mye som fortsatt er vagt for oss. Vi tror likevel at vi har fått et overordnet bilde av oppgavene som gjøres i oppfølgingsregimet av sykmeldte fra NAV sin side, og vi er i stand til å komme med noen overordnede betraktninger ut i fra det vi observerer. Vi setter dette i sammenheng med det som er funnet tidligere i rapporten. NAV sin rolle i sykefraværsarbeidet er så vanskelig og kompleks at dette burde vært et eget prosjekt. Vi har likevel valgt å utvide prosjektet til å gå mer grundig inn i NAV enn det som var tenkt i utgangspunktet. Dette mener vi har bidratt til at vi har fått et mer helhetlig bilde av sykefraværsoppfølgingen og dermed kan konkludere på en rekke punkter. Først litt om tidligere forskning og deretter en kort beskrivelse av datagrunnlaget kapitlet bygger på.

7.2 Tidligere forskning

Det finnes ingen systematiske sammenligninger av hvordan myndighetene i ulike land håndterer sykefraværsoppfølgingen, og hvordan dette arbeidet organiseres, etter det vi kjenner til. Med tanke på den store oppmerksomheten som er viet sykefravær og sykefraværsarbeidet i Europa de siste tiårene er det påfallende at det ikke finnes mer forskning på myndighetenes rolle i sykefraværsoppfølgingen.

Mens flere studier beskriver samarbeid mellom ulike aktører i helsetjenestene i oppfølgingen av sykmeldte (se f.eks. de Bono 1997; de Buck et al. 2002; Anema et al. 2006; Mortelmans et al. 2006; de Rijk et al. 2007; Mortelmans et al. 2007), finnes det lite informasjon om samarbeidet mellom myndighetene og de andre aktørene i arbeidet med oppfølging av sykmeldte. Vi har ikke funnet noen studier som spesielt tar for seg hvordan NAV eller trygdemyndigheter i andre land fungerer i sykmeldingsarbeidet. En systematisk, internasjonal litteraturoversikt av allmennpraktikers holdning til sykmeldingsarbeidet viser at kontakten med forsikringsmyndighetene ofte er problematisk (Wynne-Jones et al. 2010a).

I Sverige er det Forsäkringskassen som har ansvar for utbetalingen av sykepenger. I en fersk artikkel ser Nilsing et al. (2013) primært på hvordan helsepersonell i Sverige oppfatter sykmeldingsprosessen, men det går også fram av artikkelen at samarbeidet med Forsäkringskassen kan være vanskelig.

Legene opplevde det som tidkrevende og vanskelig å komme i kontakt med rådgiverne der. Alle informantene stilte spørsmål ved avgjørelsene til rådgiverne, de opplevde å bli mistrodd, og de følte at de måtte skrive sykmeldingen på en bestemt måte for å overbevise om at pasienten faktisk hadde behov for sykmelding. Flere uttrykte også liten respekt for rådgiverne ved Forsäkringskassen. Forskerne tolker dette som delvis et resultat av avvik mellom den juridiske og medisinske forståelsen av nedsatt arbeidsevne som følge av sykdom. Studien er basert på fire fokusgruppeintervju med totalt 18 ansatte ved primærhelsetjenestesenre i Östergötland, og det kan selvfølgelig tenkes at undersøkelser andre steder ville gitt et annet resultat, selv om også tidligere studier rapporterer at helsepersonell opplever kontakten med forsikringsmyndighetene som utfordrende (Swartling et al. 2008).

Den danske organiseringen av sykefraværsoppfølgingen har flere likhetstrekk med den norske. Som ledd i oppfølgingen av sykmeldte er arbeidsgiver blant annet pålagt å kalle inn den sykmeldte innen fire uker for diskutere videre oppfølging og muligheten for tilrettelegging og gradering. Oppfølgingen fra myndighetenes side er i utgangspunktet lagt til det kommunale jobcenteret,¹⁴ men fra juli 2009 kan kommunen overlate oppgaver til andre aktører, selv om de selv beholder det overordnede ansvaret.¹⁵ Det er altså jobbsentrene som utfører de oppgavene NAV utfører i Norge. Etter åtte ukers sykmelding skal det kommunale jobbsenteret kalle inn den sykmeldte til oppfølgingsamtale. Til tross for flere omlegginger av den danske sykelønnsordningen de siste årene, har vi ikke funnet noen systematisk evaluering av hvilken rolle myndighetene og de kommunale jobbsentrene spiller i oppfølgingen av sykmeldte. Johansen et al. (2011) finner at samarbeidet mellom sykmelder (lege) og den kommunale saksbehandleren ofte er vanskelig, og at partene ofte oppfatter den andre som lite tilgjengelig. Stor utskiftning av saksbehandlere er også et problem. Studien er basert på intervjuer med de involverte partene i oppfølgingen av sykmeldte i en dansk kommune, og vi vet ikke om disse funnene er representative for andre kommuner.

Det finnes noen evalueringer av ulike tiltak i NAVs regi, men å gjøre en grundig gjennomgang av hvilke tiltak som er evaluert faller utenfor dette prosjektets rammer. Det er for eksempel gjort evalueringer av ordningen *Raskere tilbake* (Drangslund og Kjerstad 2008; Kjerstad og Holmås 2009; Holmås og Kjerstad 2010). I den siste delrapporten konkluderer forskerne med at *Raskere tilbake* har hatt liten samlet effekt på å redusere sykefraværet. De understreker imidlertid at ordningen er kompleks og består av mange ulike typer tilbud, der deler av ordningen kan ha en samfunnsøkonomisk positiv effekt, siden ordningen har bidratt til at enkelte grupper av sykmeldte har fått signifikant kortere ventetid sammenlignet med de som venter på ordinær behandling. Effekten er særlig stor innenfor kirurgisk behandling, mens det for psykiatri og arbeidsrettet rehabilitering ikke kan påvises noen effekt (Holmås og Kjerstad 2010). Forfatterne understreker også at det er metodiske svakheter ved analysene, siden ordningen ble implementert uten randomisering eller naturlige eksperimenter, og at evalueringen ble gjennomført relativt tidlig etter implementeringen, slik at datagrunnlaget er begrenset. Den andre nasjonale evalueringen av *Raskere*

14

<http://bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Et%20godt%20arbejdsliv/Sygefravaer/Opfolgning%20fra%20kommunen.aspx>

15

<http://ams.dk/da/Viden/Indsatser/Sygedagpengeopfolgning/Andre%20aktorer%20i%20sygedagpengeopfoelgnin gen.aspx>

tilbake utføres av IRIS på oppdrag fra Arbeidsdepartementet (Aas et al. 2011). Sammenlignet med den første evalueringen har denne et klarere fokus på de ulike tilbudene som inngår i ordningen, hvordan *Raskere tilbake* er organisert, og hvem som mottar behandling via *Raskere tilbake*. Et funn i den første delrapporten er at helseforetakene er mer fornøyd med organiseringen av tiltaket enn NAV. Helseforetakene sier at en mulig forklaring på dette er mer usikre økonomiske rammer og lavere bestillerkompetanse i NAV. Det er store variasjoner i hvor lenge mottakerne har vært sykmeldt. Geografi ser ut til å spille en viktig rolle i hvem som mottar tilbud, der det store flertallet som mottar behandling gjennom *Raskere tilbake* bor i kommunen eller fylket der tilbudet er lokalisert (Aas et al. 2011).

Et annet tiltak flere av respondentene våre fremhever som nyttig, er Senter for Jobbmestring. Uni Helse gjennomfører en effektevaluering av Senter for jobbmestring (2010-2013 på oppdrag fra Arbeids- og velferdsdepartementet). Vi har ikke lyktes i å få tak i delrapporter fra dette prosjektet, men fra direktoratet får vi opplyst at det kommer en rapport før sommeren. I 2008-2009 gjennomførte vi en evaluering av pilotprosjektene "Jobbmestringsteam i Østfold (Senter for Jobbmestring)" og "Psykoedukativ metode – et jobbmestrende verktøy i Oslo" (Harsvik et al. 2008; Steihaug og Harsvik 2009). Evalueringen konkluderte med at tiltakene hadde god effekt og fungerte etter hensikten.

7.3 Metode, datainnsamling og utvalg

Vi har både intervjuet ansatte ved NAV-kontorer og ved NAV-Arbeidslivssentre. I tillegg har vi gjennomført en omfattende spørreundersøkelse i NAV Arbeidslivssenter, men datagrunnlaget fra denne har ikke blitt benyttet her, det vil brukes i neste rapport (evalueringen av IA-avtalen). Det har ikke vært rom eller rammer til å gjennomføre en større spørreundersøkelse i NAV-kontorene, og vi har heller ikke hatt nok kunnskap til å utarbeide et godt kartleggings skjema for dette. Vi har fått mye informasjon fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, og dette har bidratt til at vi har kunnet stille konkrete spørsmål til NAV-ansatte om hvordan oppfølgingen av enkeltpersoner som blir sykmeldt gjøres i praksis, og hvordan de opplever effekten av det arbeidet de gjør.

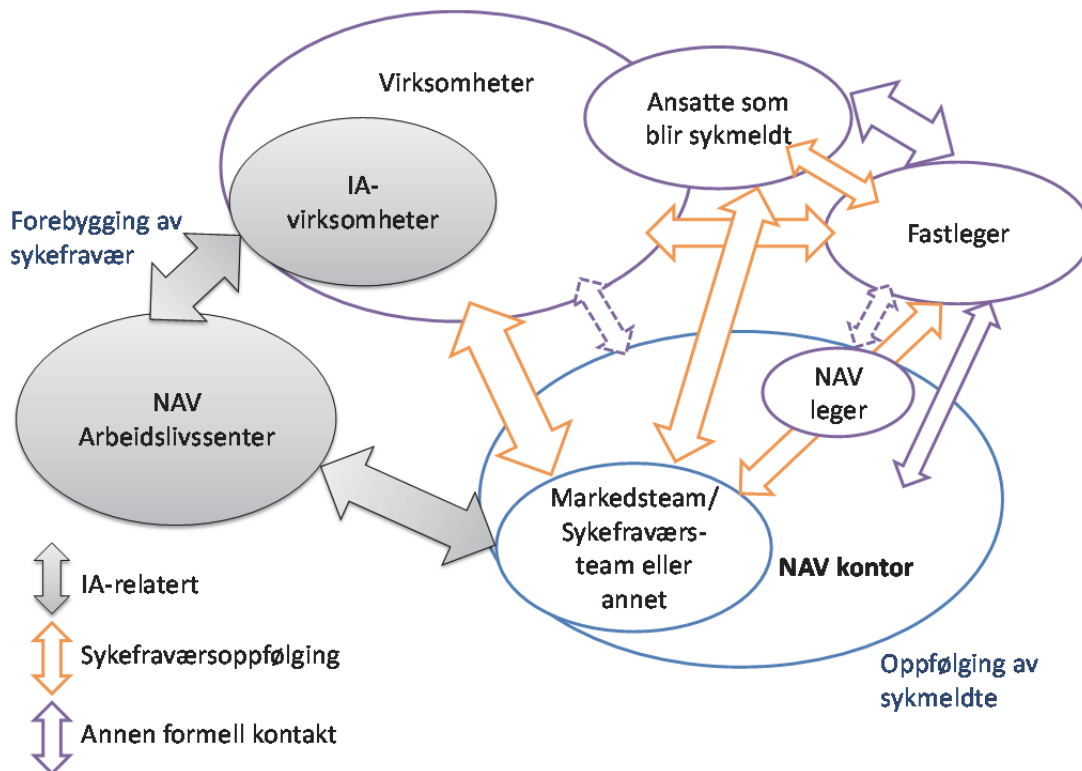
Vi har foretatt intervju ved seks NAV-kontorer i fire forskjellige fylker, med tre til fem personer fra hvert kontor. Totalt 25 intervju (21 fullkodet og resten er gjort i tidlig læringsprosess). Vi har intervjuet ledere for oppfølgingsteam eller sykefraværsteam, i tillegg til ansatte som jobber særlig med oppfølging av sykmeldte. De fleste av intervjuene er gjort i perioden januar-mars 2013 og de aller fleste er enkeltintervju. Vi ser stor variasjon mellom NAV-kontorene generelt, både i forhold til organisering og hvordan de samarbeider med andre. I dette prosjektet har vi vært opptatt av det som gjøres i sykefraværsoppfølgingen, og på dette området finner vi ikke så stor variasjon, med unntak av ett kontor som har hatt en spesiell satsing på samarbeid med fastlegene. Dette diskuterer vi kort på slutten av kapitlet. Det tok ikke så mange intervju før vi opplevde datametning, det vil si man opplever at det er lite å hente i ytterligere intervju. Dette er fordi det i stor grad var samsvar i erfaringene fra oppfølgingsarbeidet fra ulike respondenter, og også mellom ulike NAV-kontorer. Sannsynligvis skyldes dette at de arbeider etter de samme detaljert beskrevne arbeidsprosessene.

Alle intervjuene er tatt opp med digital opptaker, transkribert, kodet og sortert etter ca. 100 koder.

7.4 NAV sin rolle i sykefraværsarbeidet

NAV har en todelt rolle i sykefraværsarbeidet; en systemrettet rolle mot IA-virksomhetene gjennom NAV Arbeidslivssentre og en individrettet rolle mot den enkelte sykmeldte og dens arbeidsgiver gjennom NAV-kontorene.¹⁶ Arbeidslivssentrene har kontakt med IA-virksomhetene, mens kontorene har kontakt med alle typer virksomheter.

Hvilken rolle man har påvirker hvem man samarbeider med, og dette kan illustreres som i figuren under.



Figur 7.1 Samarbeid og oppgavefordeling mellom NAV Arbeidslivssenter og NAV-kontor

Strukturen i de lokale NAV-kontorene er bygget rundt et individssystem for forvaltning av Folketrygden. Tjenestespekteret er stort og differensiert, og omfatter tjenester knyttet til arbeid og aktivitet, familieområdet, helsetjenester, hjelpemidler, pensjon, internasjonalt arbeid og sosiale tjenester inkludert sosialhjelp, økonomisk rådgiving, midlertidig bosted osv. Det er derfor naturlig at NAV-kontorene har et sterkt individfokus i sitt arbeid.

NAV Arbeidslivssentre er ressurs- og kompetansesentre for et inkluderende arbeidsliv som retter sin innsats mot IA-virksomhetene. De arbeider mer på systemnivå i virksomhetene og de skal ha særlig fokus på å få til forebyggende innsats for å redusere sykefraværet. Hvordan arbeidslivssentrene arbeider inn mot IA-virksomhetene er ett av temaene i neste rapport (Evaluering av IA-avtalen 2010-2013). Arbeidslivssentrene er organisert ut i fra et virksomhetsfokus. Deres enheter er ikke de

¹⁶ Vi begrenser oss her til kun å se på NAV sin rolle i forhold til sykefraværsarbeid. NAV-kontorene kan ha oppgaver som er mer systemrettet mot virksomhetene på andre området, men ikke på sykefraværsområdet.

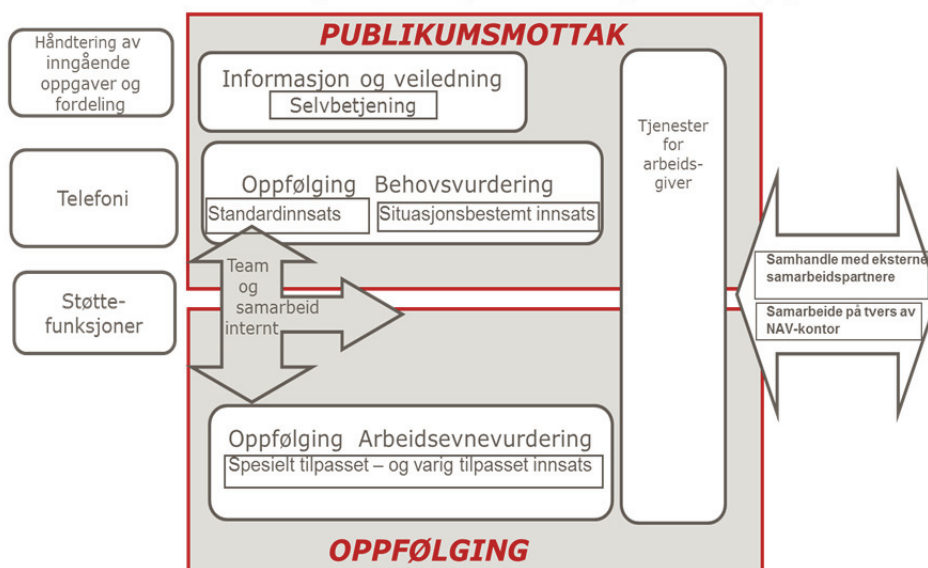
individuelle arbeidstakerne, men virksomhetene som har inngått IA-avtale. De skal ha fokus rettet mot arbeidsplassen, og de skal involvere både arbeidstakere og arbeidsgivere.

Hvordan NAV-kontorene og NAV Arbeidslivssentrene organiserer seg og samarbeider, kan ha stor betydning for hvor effektivt de ulike fylkene får arbeidet med sykefravær og felles innsats på andre områder. Vi har ikke hatt rammer for å gå grundig inn på samarbeidet i dette prosjektet, men det er klart muligheter for å utnytte dette samarbeidet bedre enn det som gjøres i dag. I denne rapporten konsentrerer vi oss om de lokale NAV-kontorene og hvordan de arbeider med sykefraværsoppfølgingen.

7.4.1 Organisering av lokale NAV-kontor

Arbeids- og velferdsdirektoratet styrer aktiviteten ved NAV-kontorene gjennom balansert målstyring, blant annet gjennom målekort og arbeidsbeskrivelser for de ulike driftsoppgavene - inkludert sykefraværsoppfølgingen. Direktoratet har laget følgende grunnmodell for organiseringen av de lokale NAV-kontorene (se figur under), men det enkelte NAV-kontoret står fritt til å organisere seg som de vil gitt at de oppfyller visse kriterier og dekker oppgavene de skal gjøre. Det er mange ulike modeller som prøves ut, og vi får inntrykk av at det er hyppige omorganiseringer internt i NAV-kontorene for å komme frem til bedre måter å løse oppgavene på.

Grunnmodell med plassering av funksjoner/oppgaver



Figur 7.2 Veileder for NAV-kontoret: Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2012. 2. utgave 2012

Det typiske er å dele et NAV-kontor i en mottaksdel og i en oppfølgingsdel, jf. figuren over. Innenfor oppfølgingsdelen er det gjerne delt mellom korttidsoppfølging og langtidsoppfølging, der sykefravær hører til korttidsoppfølging mens AAP og arbeid med uføresaker hører til langtidsoppfølging. Oppfølgingsdelen kan også være delt i oppfølging av unge og oppfølging av voksne. Ved små NAV-kontorer er det naturlig nok mindre oppdelt og de ansatte må i større grad være generalister.

De store kontorene er inndelt i avdelinger, team eller faggrupper. Lederne er avdelingsledere, fagledere eller teamledere. Det finnes også koordinatorene, rådgivende leger, losere og mange andre stillinger. Hoveddelen av ansatte som behandler sakene kalles veiledere, konsulenter,

saksbehandlere eller rådgivere. Fra sentralt hold brukes begrepet veiledere, men det varierer fra kontor til kontor hva de selv kaller stillingen sin.

Hvor integrert den kommunale og den statlige delen er i de lokale NAV-kontorene varierer også. Noen ansatte beskriver NAV-kontoret sitt som delt i kommunal og statlig del, mens andre ansatte ikke differensierer oppgavene ut i fra hvordan de hører til historisk. Dette kan også handle om hvor den ansatte kom fra da NAV-kontoret ble etablert (a-etat, trygdeetaten eller sosialtjenesten). Noen kontorer har også valgt å ha både en kommunal enhetsleder og en statlig leder, men vi har ikke undersøkt hvordan dette fungerer i praksis. Ansatte forteller at den kommunale delen, eller sosialkontorene, har en helt annen type brukere enn resten av NAV-kontoret, og at dette er utfordrende og at det skaper en del støy og usikkerhet. Flere av kontorene vi har besøkt har voldsalarmer de ansatte bruker når de tar i mot brukerne, men dette gjelder i liten grad de som arbeider med sykefraværsoppfølgingen. Dersom det er et tydelig skille mellom kommunal og statlig del i NAV-kontoret, har gjerne begge delene en mottaksdel og en oppfølgingsdel. Vi vet ikke hva som er den vanligste modellen, og Arbeids- og velferdsdirektoratet samler heller ikke inn informasjon om hvordan de enkelte NAV-kontorene organiserer seg.

Det er også stor variasjon i hvordan de organiserer arbeidet med oppfølging av sykmeldte, men det ser ut som de som jobber med sykefravær typisk er organisert i et markedsteam eller i et sykefraværsoppfølgingsteam (SYFO-team). Det varierer naturlig nok hvor store NAV-kontorene er og dermed hvor mange personer som arbeider med sykefraværsoppfølging. Det ser også ut til å være ulikt hvor avgrenset rollene til de som arbeider med sykefravær er. Ved noen kontorer følger de som arbeider med sykefraværsoppfølging brukerne over i perioden med arbeidsavklaringspenger, mens ved andre kontorer er det valgt at de som arbeider med sykefravær avslutter oppfølgingen når sykepengere rettighetene er brukt opp.

7.4.2 Etablering av kontaktsenter i NAV

NAV har totalt 19 kontaktsentre rundt om i Norge, og alle er nå koblet til et felles telefonnummer. Totalt er det 950 personer ansatt ved disse sentrene, og folk får raskt svar når de ringer. Kontaktsentrene får omtrent åtte millioner henvendelser i året, og dette tar bort det aller meste av telefontrykket på de lokale NAV-kontorene. Regelen er at hvis man ikke får svar på det man lurer på i den første samtalen, skal en saksbehandler i NAV ringe tilbake innen to virkedager.

Ansatte på NAV-kontorene sier at kontaktsentrene har utgjort en svært stor forbedring i deres arbeidshverdag, og at de aller fleste sakene som kommer i saksbehandlersystemet (Arena) via kontaktsentrene, er reelle saker. Ulempen kan være at når det er stort press på å få ned tiden det tar før folk får svar (nå ca. 20 sekunder i snitt), er at hver samtale må gå fort. Da blir det dårligere siling til NAV-kontorene og de får flere henvendelser som burde blitt besvart og avsluttet ved kontaktsentrene. Basert på erfaringene fra de ansatte som arbeider med sykefravær, og som også gjorde det før telefonsorteringen kom på plass, utgjør kontaktsentrene en stor forbedring.

7.4.3 Spesialist eller generalist?

Grad av spesialisering av de ansattes arbeidsoppgaver ser ut til å variere mellom NAV-kontorene. En vi intervjuet fortalte at kontoret i det siste hadde gjort en endring slik at oppgavene til vedkommende ble bredere og han måtte mestre flere områder. Han fortalte:

Jeg tror ikke det [å gå fra spesialist til generalist] er noe lurt. For skal du lære opp en person til å kunne jobben her, så tar det jo fem år nå. Før så kunne man jo i hvert fall begynne på et felt og kunne det, men nå skal folk kunne så mye at nå er det ingen som blir så veldig dyktig i det de gjør. Så jeg syns jo det er feil, men det blir jo en personlig... jeg tror tanken er det at når man kommer inn så skal man få hjelp av en, eller noen få i hvert fall. Helt til man liksom er ute igjen. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Vi spør om respondenten opplever at det har vært endringer på dette området, og fikk følgende svar:

Det har blitt mer og mer etter den nye standarden kom for arbeidsrettet brukeroppfølgning, så det er nok det som er litt av grunnen til det... og så har det litt med filosofien til lederen å gjøre, tror jeg. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Den nye standarden som respondenten refererer til er "Standard for arbeidsrettet brukeroppfølgning" som skal være innført innen august 2013. Innføring av standarden gjøres for å bedre oppgavedeling og kvaliteten på tjenestene som NAV yter, og standarden krever kompetanseheving for den enkelte veileder.

Andre kontorer ser ut til å omorganisere seg med formål om spesialisering. Ved ett kontor vi besøkte, hadde de nettopp gjort en omorganisering, og vi spurte om bakgrunnen for endringen med å dele ansvaret mellom sykepenger og arbeidsavklaringspenger:

Nei, i forhold til det med kompetanse, ikke sant. For det er et så enormt område at det er vanskelig for noen å klare å ha kontroll på alt. Det er litt av grunnen til at vi omorganiserer - tilbakemeldingen fra de ansatte på at de ikke klarer å holde seg oppdatert, og det skjer jo endringer i forhold til arbeidsavklaringspenger og i forhold til sykefraværsoppfølging hele tiden, og det er vanskelig å ha nok oversikt, så vi mener jo at vi har fått en mye bedre kvalitet på det arbeidet vi gjør i forhold til det med sykefraværsoppfølging - nettopp det med å organisere det sånn som vi gjør. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Dette NAV-kontoret har ansatte som kun jobber med sykefraværsoppfølging, men som vi skal se er det stor variasjon mellom kontorene på dette området

7.4.4 Organiseringen av sykefraværsoppfølgingen ved NAV-kontorene

Det er ulikt hvordan NAV-kontorene har organisert arbeidet med sykefraværsoppfølgingen, men ved de stedene vi har vært har de hatt et markedsteam, et sykefraværsoppfølgingsteam eller et oppfølgingsteam, som har ansvaret for oppfølging av sykmeldte med mer. Ved små NAV-kontorer har de ansatte oppfølging av sykmeldte som én oppgave blant mange. På større NAV-kontorer er det heller ikke uvanlig at de som har ansvaret for oppfølging av sykmeldte også har andre oppgaver i tillegg.

Innen området AAP (arbeidsavklaringspenger) gjøres det også en fordeling av brukerne, gjerne i gruppene helse og arbeid etter hvilket fokus som er i de enkelte tilfellene. Ved ett kontor arbeidet sykefraværsoppfølgingsteamet både med hadde de som mottar AAP og har arbeid som mål, og de som er sykmeldt og skulle tilbake til samme arbeidsgiver i sykefraværsoppfølgingsteamet. Det er mulig dette er en god løsning, men igjen er det krevende for NAV-veilederen å ha oversikt over de ulike mulighetene som ligger rundt både sykefraværsoppfølging og rundt AAP. Mottoet "Arbeid først" ser ut til å ha slått rot i NAV-kontorene vi har vært på, og alle vi intervjuer bruker begrepet og arbeider etter det.

7.4.5 Virksomhetsorganisering versus organisering etter fødselsdato

Det er primært to måter å dele inn de sykmeldte på, enten etter hvor de arbeider (virksomhetsorganisering), eller etter når de er født i måneden (personinndelt eller datoinndelt). Avhengig av størrelsen på kontoret (og dermed populasjonen), deles virksomhetene eller personene inn i grupper som fordeles mellom de som arbeider med sykefraværsoppfølging. Dette utgjør porteføljen til hver enkelt. De har ofte delt virksomhetene mellom seg etter bransje eller etter geografisk beliggenhet. De som har gått fra inndeling etter dato til virksomhetsinndeling virker å være veldig tilfreds med dette, og mener at markedsarbeidet tydeliggjøres, får kontinuitet, åpner for mer systematisk samarbeid med virksomhetene og gjør NAV sin innsats mer meningsfull og effektiv. Fra arbeidsgiversiden er det ikke tvil om hva de ønsker, alle ønsker seg virksomhetsorganisering slik at deres virksomhet får en fast kontaktperson i NAV. Vurdert ut i fra det å kunne utnytte potensialet som ligger i NAV-kontorenes muligheter i forhold til formidling (f.eks. Jobbstrategien for personer under 30 år med nedsatt funksjonsevne), vil kunnskap om det lokale arbeidsmarkedet og om de enkelte virksomhetene kunne bli mer systematisk med virksomhetsorganisering. Dette er foreløpig urealistisk for mange NAV-kontorer å få til, fordi det naturlige individfokus som ligger i NAV-systemet ikke er forenelig med virksomhetsfokus. Individene i NAV-systemene er ikke gruppert etter hvor de arbeider (men det kommer frem hvor de jobber), og dette vanskeliggjør virksomhetsorganisering. Noen steder har noen store virksomheter fått faste kontaktpersoner i NAV, og det er de samme NAV-ansatte som følger opp de sykmeldte fra samme virksomhet. Andre steder har de delt inn alle virksomhetene på denne måten, mens andre kontor ikke har delt inn noen av virksomhetene slik. Det finnes ikke en oversikt som viser fordeling av ulike modeller, men det kunne vært viktig og samlet erfaringene fra de som har valgt det ene eller det andre, for å se hvordan effekten av det å jobbe med sykefravær, og matching mellom jobbsøkere og virksomheter varierte mellom ulike modeller. Dette faller langt utenfor dette prosjektet, men en foreløpig observasjon er at virksomhetsorganisering trolig er å foretrekke når det gjelder sykefraværsarbeidet som gjøres på NAV-kontorene, men at det kanskje ikke er lett å få det til over alt:

Og det kan jo kanskje være lettere på ett veldig lite kontor og du har en helt annen oversikt over bedriftene og arbeidsgiverne, enn på dette store kontoret hvor vi har uendelig mange små og store arbeidsgivere og kanskje flertallet av våre arbeidsgivere er små og mellomstore, mange butikker. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Ved kontorene i mindre byer/tettsteder som har virksomhetsorganisering, mener de at det ikke hadde vært noe problem å få det til ved bykontorene også.

De som arbeider med sykefravær har en naturlig kobling til virksomhetene, uansett hvordan de har organisert seg. Men koblingen innover i NAV-kontoret synes uklar og uutviklet. Ved alle NAV-kontorene vi har vært, er det for eksempel et stort problem å finne potensielle kandidater til stillinger om de i markedsteamet eller SYFO-teamet finner en jobbmulighet i en av sine virksomheter. Personene som formidles kommer heller fra ulike tiltaksarrangører enn fra NAV-kontorene:

Veilederne her på kontoret har veldig lite sørget for den direkte kontakten med arbeidsgiverne for å få ut en bruker i jobb. [] For eksempel i en sykefraværsoppfølging finner vi ut at denne personen ikke kan fortsette i den bedriften, da har min tanke hele tiden vært at hvis den personen skal erstattes så bør det fylles på med en person fra NAV. Vinn-vinn egentlig, for vi kan hjelpe deg med å få en god løsning for en person, til beste for alle parter, men da vil vi også ha noe tilbake med at vi vil gjerne ha en person inn, istedenfor at den skal rekrutteres av en jobbskifter for eksempel. Det begrenser arbeidsmarkedet litt for noen, men de skal ut i

jobb, alle vi har her, flere tusen brukere som er innelåst i systemet. (Avdelingsleder, NAV-kontor)

Med prioriteringen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet i 2013 om økt kontakt med arbeidsgiverne, kommer kanskje fokuset på virksomhetsorganiseringen til å øke. Flere ansatte forteller oss at man skal være oppmerksom på at å inkludere dette i et målekort ikke nødvendigvis bedrer kvaliteten på kontakten med virksomhetene eller øker reell kontakt. Flere sier at det er stort fokus på å registrere all kontakt nå, men at det egentlig ikke er en økning i kontakten. Man bør sannsynligvis følge opp med kvalitative undersøkelser for å finne ut hvordan incentivene i målekortene fungerer på ulike områder, og man må også undersøke om arbeidsgiverne og arbeidstakerne opplever faktisk økt virksomhetskontakt. Da kan det for eksempel gjøres en baselineundersøkelse blant virksomheter i noen områder, og så bør man systematisk følge utviklingen for å se hvilke effekter det har.

Vi har inntrykk av at NAV i stor grad har fokus på arbeidsgiverne i sin virksomhetskontakt og ikke på arbeidstakerne. Dette ser også ut til å gjelde i systemarbeidet der de for eksempel inviterer til møter med arbeidsgiverne og lokale arbeidsgiverorganisasjoner. De har svært lite kontakt med arbeidstakerorganisasjonene. Det er mulig dette er naturlig på disse arenaene fordi det er arbeidsgiver som ansetter folk og som trenger folk, men det er kanskje ikke helt i tråd med IA-avtalen og trepartssamarbeidet. Særlig dersom det er en utfordring at arbeidstakerne ikke er nok inkluderende jf. funn i forrige IA-evaluering om insidere/outsidere (Ose et al., 2009).

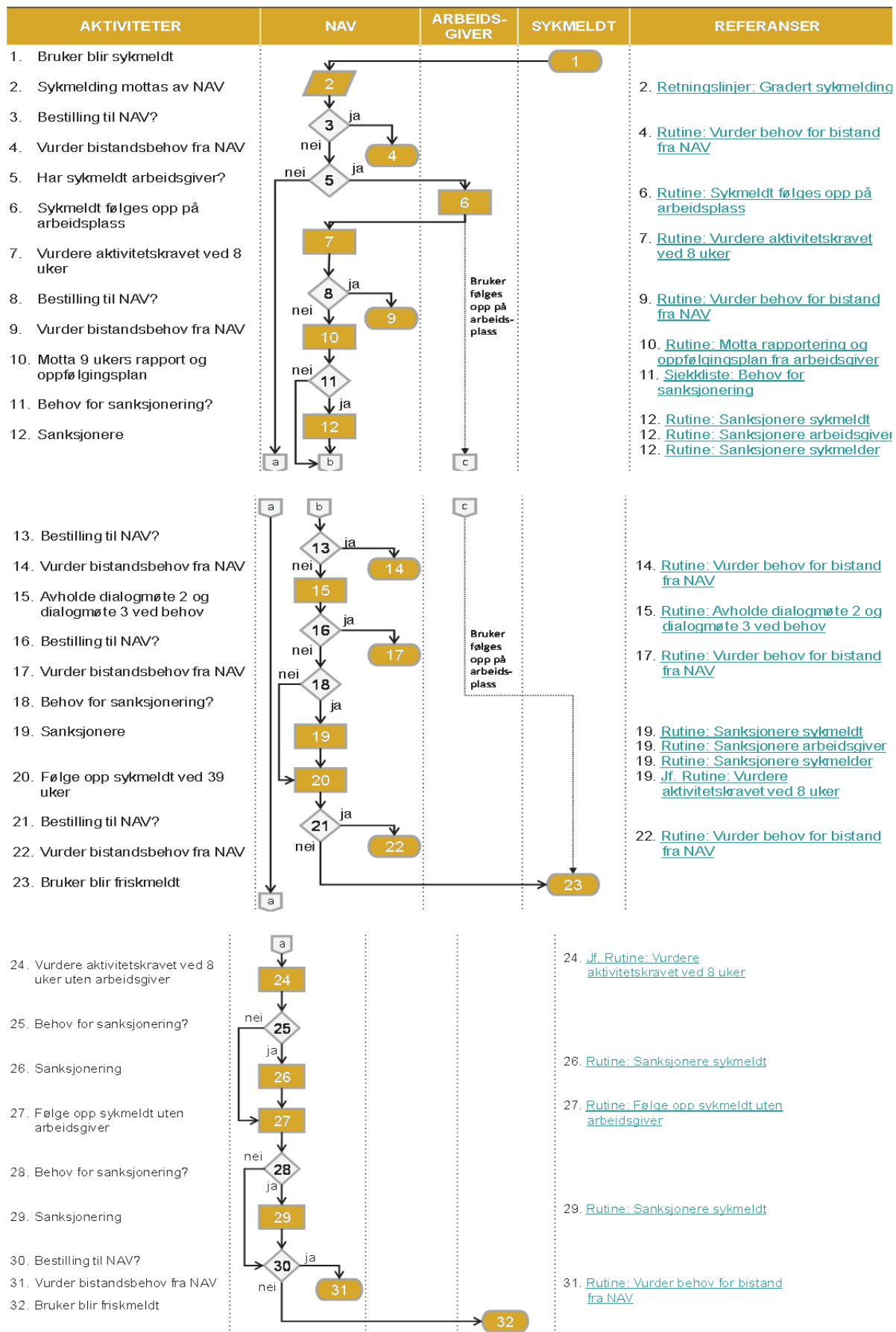
I forhold til organisering sier respondentene våre på NAV-kontorene at de står fritt til å velge organisering, men vi ser at det mangler systematisk kunnskap om hvordan ulike modeller fungerer andre steder. Det virker som alle kontorene skal gå opp sin egen vei, og da går alle litt unødvendig i de samme blindgatene etter tur. Nå skal vi gå over til å se på hvordan NAV-kontorene arbeider med sykefraværsoppfølging. Hva skjer i NAV når en person blir sykmeldt?

7.5 Arbeidsrettet sykefraværsoppfølging: Rutiner og praksis

En person blir sykmeldt av en som har rett til å sykmelde, vanligvis en fastlege. NAV mottar sykmeldingen fra legen gjennom et elektronisk system og det havner i Arena¹⁷. De som arbeider med oppfølging av sykefravær i NAV, i sykefraværsoppfølgingsteamet, eller SYFO-teamet, plukker ut de som har den sykmeldte i sin portefølje (enten etter hvor de arbeider (virksomhetsbasert) eller etter fødselsdato (individbasert)), og undersøker om legen har skrevet noe på sykmeldingen som tilsier at NAV skal foreta seg noe. Dette er starten på sykefraværsoppfølgingsrutinene i NAV. Men vi skal ta det litt grundigere.

Arbeids- og velferdsdirektoratet har utarbeidet en omfattende beskrivelse av hvordan NAV-kontorene skal arbeide med sykefraværsoppfølgingen gjennom "Arbeidsprosess: Arbeidsrettet sykefraværs-oppfølging." Vi har fått tilgang til Versjon 4.1/ 19.06.2012 og vi beskriver de ulike elementene i prosessen ut i fra denne. Arbeidsprosessen, eller rutinen består av 156 sider. Dette er en illustrativ beskrivelse og vi har samlet de tre første sidene i figuren på neste side.

¹⁷ Arena er a-etats saksbehandlersystem som er videreutviklet til å være NAVs IKT-verktøy for oppfølging av brukere. Oppfølging av sykmeldte ligger i Arena, mens sykepengene behandles i Infotrygd (tidligere Rikstrygdeverkets datasystem). De to systemene kobles på ulike måter, blant annet Gosys (arkiv- og kommunikasjonssystem) og SYFO (arbeidsbenken for sykefraværsoppfølging).



Figur 7.3 Arbeidsrettet sykefraværsoppfølging. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

7.5.1 Tidligere inn enn åtte uker kun når noen ber om det

Rutinene knyttet til punkt 3 i figur 7.3 er at det grundig skal sjekkes om noen har bedt om bistand fra NAV. Det er laget en sjekklister som veilederne (SYFO-teamet) skal gå gjennom i forhold til bestilling til NAV. Denne er laget for å sikre at NAV fanger opp bestillinger om arbeidsrettet bistand for sykmeldte.

| | |
|---|---|
| 1 | <p>Har sykmelder eller arbeidsgiver kommet med <u>skriftlig</u> bestilling til NAV?</p> <ul style="list-style-type: none">• Har du sjekket om det er bestilling fra sykmelder på sykmeldingsblankettens punkt 6?• Har du sjekket om det er bestilling fra arbeidsgiver i oppfølgingsplanens punkt om behov for bistand fra NAV? <p>Skriftlige bestillinger angående bistand fra NAV skal alltid vurderes med tanke på arbeidsrettet oppfølging.</p> |
| 2 | <p>Har den sykmeldte, arbeidsgiver eller sykmelder hatt direkte kontakt med NAV om behov for bistand?</p> <ul style="list-style-type: none">• Har NAV mottatt henvendelse fra en av aktørene ved fremmøte eller telefon?• Har det kommet innspill med ønske om dialogmøte?• Har dialogmøtet avdekket behov for bistand fra NAV? <p>Direkte kontakt om bistand fra NAV skal alltid vurderes med tanke på arbeidsrettet oppfølging.</p> |
| 3 | <p>Har NAV informasjon/kunnskap som gir grunnlag for arbeidsrettet oppfølging på initiativ fra etaten?</p> <ul style="list-style-type: none">• Har NAV aktuell informasjon om den sykmeldte, arbeidsgiver eller sykmelder? (historikk, alder, diagnose, gjentatte sykmeldinger, legens informasjon til arbeidsgiver på sykmeldingsblanketten, bransjekunnskap, Arena: arbeidsgivermappe, uenighet mellom aktørene om oppfølgingsarbeidet, m.v.) <p>Slik informasjon/kunnskap kan være grunnlag for arbeidsrettet oppfølging på NAVs eget initiativ.</p> |

De fleste av respondentene forteller at det er veldig sjelden de går inn i sakene før åtte uker, når vurdering av aktivitetsplikten kommer opp som en oppgave i Arena:

Da er du helt avhengig av å ha fått en forespørsel, enten fra lege eller arbeidsgiver, hvis du skal ta det på et tidligere tidspunkt. For nå er vi der at jo, man vurderer et åtteukers aktivitetskrav, og det skal stå sånn og sånn, og så kan vi gjøre noen unntak i forhold til det eller ikke. Men vi kaller ikke inn til noen møter hvis vi ikke har fått en forespørsel, for da er det jo arbeidsgiver som skal være hovedaktør. (Rådgiver, NAV-kontor)

Det samme observerte vi på de andre NAV-kontorene vi var, og begrunnelsen var den samme. De har ikke kapasitet til å ta tak i andre saker enn der de har en bestilling fra en av aktørene (lege, arbeidsgiver eller sykmeldt). Punkt 3 over ser altså i liten grad ut til å være brukt og det handler om kapasitet. Det er svært mange sykmeldinger som kommer inn til hver saksbehandler, og det er urealistisk å tro at de har tid til å vurdere alle ut i fra punkt 3 som er ganske omfattende og vil ta veldig lang tid å gjøre i praksis.

Veilederne går altså i liten grad inn og gjør egne vurderinger, det blir i beste fall noen stikkprøver heller enn et systematisk arbeid. De prioriterer å komme inn om legen skriver noe på sykmeldingen til NAV, eller at arbeidsgiver tar kontakt med NAV og ber om bistand.

7.5.2 Vurdering av åtte ukers aktivitetsplikt – vanligvis første vurdering av sykmeldingen

Når en person har vært sykmeldt i åtte uker skal NAV vurdere aktivitetskravet. Aktivitetskravet skal sikre at arbeidsevnen tidlig i sykefraværsløpet blir prøvd ut gjennom arbeidsrettede tiltak. Målet er å få en tettere oppfølging som fører den sykmeldte raskere tilbake til arbeid. Ved åtte ukers sykmelding kommer alle saker der det ikke er aktivitet opp på arbeidsbenken (graderte sykmeldinger kommer ikke opp). Det skal vurderes om den sykmeldte kan være i aktivitet eller om det kan gis unntak på grunn av medisinske forhold eller forhold på arbeidsplassen.

Alle sykmeldinger som har vart i åtte uker kommer altså opp på SYFO-benken (den elektroniske arbeidsbenken for sykefraværsoppfølging) gjennom Arena, og der stopper den opp inntil NAV-kontoret setter et unntak for aktivitetsplikten. Med en ansatts egne ord:

Ved åtte ukers sykmelding stopper sykepengene helt av seg selv, det er ikke NAV som stopper dem, men de stopper. Og så er det vi som vurderer om de skal settes i gang igjen. Og den store, store utfordringen der er legesamarbeidet. (Rådgiver, NAV-kontor)

Årsaken til at det er legesamarbeidet som er utfordringen, ligger i at SYFO-teamet skal vurdere den medisinske dokumentasjonen som følger med sykmeldingen.

7.5.2.1 Vurdere medisinsk dokumentasjon

I retningslinjene til dette punktet står det:

Vurdering av om det er medisinske årsaker til at aktivitet ikke er igangsatt eller mulig, må skje på grunnlag av innsendte medisinske opplysninger. Sykmelder må senest på åtte ukers-tidspunktet sende inn dokumentasjon på om den sykmeldte kan være i aktivitet, jf. § 8-7 fjerde og femte ledd. Ved lovendring i arbeidsmiljøloven § 4-6 er arbeidsgiver fra 1. juli 2011 pålagt å sende kopi av oppfølgingsplanen til sykmelder. Dette for at sykmelder skal ha et bedre grunnlag for å kunne gi vurderinger i forhold til aktivitet.

Sykmelder må krysse av i punkt 2.8 i sykmeldingsblanketten om aktivitet ikke er mulig. Der det er krysset av for at aktivitet ikke er mulig, skal sykmelder alltid gi en nærmere redegjørelse for de medisinske grunnene som er til hinder for aktivitet i punkt 6.1. For eksempel om aktivitet vil forverre den medisinske tilstanden, hvilke medisinske hindringer som medfører at bruker ikke kan prøve seg i aktivitet og hva som skal til for at aktivitet kan prøves. Det skal videre gis en redegjørelse for det videre behandlingsopplegget og om vedkommende kan gjenoppta det tidligere arbeidet eller ta annet arbeid.

Der NAV-veilederen anser at de medisinske opplysningene er utilstrekkelig for å vurdere eventuelt unntak fra aktivitetskravet, skal det bes om ytterligere opplysninger i saken. Hvis det ikke er mulig å få inn disse opplysningene innen åtte ukers-tidspunktet skal det ikke settes noe unntak.

Etter § 8-7 fjerde og femte ledd skal det ikke sendes inn erklæring i tilfeller hvor:

- Medlemmet forventes å bli friskmeldt innen kort tid (en til to uker)
- Lidelsen er så alvorlig at en ikke kan regne med at medlemmet blir arbeidsfør igjen
- Medlemmet er innlagt i helseinstitusjon

Der det foreligger tilstrekkelig medisinsk dokumentasjon må NAV vurdere om det er grunnlag for å sette unntak fra aktivitetskravet. Det må foreligge en konkret beskrivelse av hvorfor aktivitet ikke er mulig, og det må være samsvar mellom den medisinske begrunnelsen og det som ellers foreligger av opplysninger i saken. Begrunnelsen skal ha et innhold som gjør at NAV-veilederen skal kunne ta stilling til om det er reelle medisinske grunner til at arbeidsrelatert aktivitet ikke er mulig. Det forutsettes at unntaksbestemmelsen praktiseres strengt når sykmelder ikke dokumenterer at det er medisinske grunner til hinder for aktivitet på arbeidsplassen.

Vi finner fra rutinene at punktene som skal undersøkes er følgende:

| | |
|---|---|
| 1 | Er det gitt begrunnelse i sykmeldingsblankettens punkt 6.1 der sykmelder har krysset av i punkt 2.8 at aktivitet ikke er mulig? |
| 2 | Hvis punkt 6.1 ikke er utfyllt, gjelder unntaksbestemmelsene i § 8-7 femte ledd?: <ul style="list-style-type: none"> • Medlemmet forventes å bli friskmeldt innen kort tid (en til to uker) • Lidelsen er så alvorlig at en ikke kan regne med at medlemmet blir arbeidsfør igjen • Medlemmet er innlagt i helseinstitusjon |
| 3 | Hvis punkt 6.1 er fylt ut, er det i begrunnelsen for eksempel redegjort konkret om: <ul style="list-style-type: none"> • aktivitet vil forverre den medisinske tilstanden • hvilke medisinske hindringer som medfører at bruker ikke kan prøve seg i aktivitet • hva som skal til for at aktivitet kan prøves • det videre behandlingsopplegget • vedkommende kan gjenoppta det tidligere arbeidet eller ta annet arbeid |
| 4 | Hvis det ikke er gitt en konkret begrunnelse eller begrunnelsen er utilstrekkelig, er det innhentet/behov for å innhente ytterligere medisinske opplysninger? |
| 5 | Ved uklarhet rundt medisinske forhold, er det behov for å diskutere saken med rådgivende lege? |

Aktuelle aktiviteter/utfall: Der manglende medisinske opplysninger skyldes unntak etter § 8-7 femte ledd skal dette registreres som medisinsk unntak etter § 8-4 andre ledd. Der det for øvrig ikke er innkommet tilstrekkelig medisinsk dokumentasjon innen åtte uker skal det ikke registreres unntak etter § 8-4, og sykepengene vil bli automatisk stoppet.

Det er altså svært strenge regler knyttet til medisinsk dokumentasjon, og veilederne er dermed gitt et stort ansvar for å vurdere medisinsk dokumentasjon. Vi har forsøkt å finne ut hvordan dette fungerer i praksis, og flere synes det er rart at de uten medisinsk kompetanse skal gjøre denne vurderingen:

.. vi vurderer på åtte-ukers... Skal vi drive å spørre legen, stemmer dette nå egentlig? Det føles helt underlig. Jeg synes vi har god kommunikasjon med legene. Det vil vi ikke ødelegge, men det er klart at det er noe å gå på her, for de ligger ikke på 35 dager. Men det må være kommunikasjon på en eller annen måte. Men jeg vet ikke helt hvordan. (Rådgiver, NAV-kontor).

En annen forteller at dette er noe de har diskutert på kontoret, og det er tydelig at den fagansvarlige her er opptatt av å følge rutinene og gjøre det som forventes:

Det diskuterer vi mye. Det er også litt sånn i forhold til den fagansvarlige, at vi gir alt for mange unntak. Men jeg tenker det at det er legen som vurderer og krysser av for, at her er det medisinske grunner til at han ikke kan være i jobb. Og så skal de helst skrive et eller annet da, og det gjør de jo, en setning. Og så skal vi vurdere om det stemmer eller ikke, men vi sitter ikke med en journal eller medisinske opplysninger. De sitter med en lang journal og en lang historikk og så krysser de av. Da tenker jeg at da har legen vurdert, og så skal jeg etterprøve det, det blir helt meningsløst. (Rådgiver, NAV-kontor)

En annen respondent beskriver hva de gjør i vurderingen på åtte uker på følgende måte:

Jeg ser på sykmeldingen. Og så ser jeg om legen har krysset av på såkalt 6.1 og 6.2. Og så i tillegg så skal han da ha begrunnet hvorfor det ikke er mulig å være i noen form for aktivitet. Når jeg da synes at den begrunnelsen er litt vag, så går jeg inn og sjekker om det finnes noen form for oppfølgingsplan, og så må jeg gjerne etterspørre om det har vært noen korrespondanse mellom legen og arbeidsgiveren. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Respondenten forklarer videre:

Hvis du kobler det opp mot det som står i standarden for oppfølging og det som skal ligge til grunn for å lage et unntak til aktivitet åtte uker, hvis toeren hadde vært nok, så hadde det vært et glimrende verktøy. Men i dag så forlanges det jo så lang tekst. Det er opp til den enkelte hvordan vi vil forstå hva legen skriver. Da hadde det vært bedre å lage en sykmeldingsblankett hvor legen bare fikk lov til å krysse av. Så jeg synes det er veldig frustrerende og byråkratisk med denne dokumentasjonen på åtte ukers aktivitetskrav. Spesielt når vi ikke kan kommunisere med legene om de tingene på et enkelt e-postsystem. Vi har ikke den muligheten, så vi må skrive brev. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Utfordringen med vurderingen av aktivitetsplikten er at NAV-veilederen skal vurdere om det foreligger nok medisinsk dokumentasjon på at den sykmeldte ikke kan være i aktivitet. Respondenten mener altså at det hadde holdt med punkt 2 (gjelder unntaksbestemmelsene i § 8-7 femte ledd) i rutinene beskrevet over, og utdyper:

Hvis du ser på hva som skal være grunn for å gi et unntak til åtte ukers aktivitetskrav, så fremkommer det at legen skal beskrive at sykdommen blir forverret ved å være i aktivitet. Det kan hende at det er noen mennesker som er syke nok til og ikke være i aktivitet. At de nødvendigvis ikke blir enda verre med... At de er ille nok. Da kunne det vært et skjema eller et kryss da. Ved å gå på jobb vil sykdommen forverres, kryss av. (Markedskordinator, NAV-kontor)

I dag er det slik at når legen krysser av på punkt 6.1 (Erklæring senest ved åtte uker når medisinske grunner er til hinder for arbeidsrelatert aktivitet), så skal dette begrunnes med en tekst som NAV altså skal lese og godkjenne gjennom vurdering av aktivitetsplikten ved åtte uker.

Flere er inne på at legene ofte skriver for lite her til at NAV kan gjøre denne vurderingen.

Ja, altså jeg er litt usikker på om de tenker over det for det er jo ganske mange som er sykmeldt på det åtte ukers-tidspunktet, og det kommer veldig dårlig funksjonsvurdering til oss, og det er vi som sitter med det og skal ta den avgjørelsen da sånn at det... (Konsulent ved NAV-kontor)

Det er altså tydelig at legene ikke skriver så veldig nøye hva det er som hindrer aktivitet. Dette betyr at det sjelden er vanskelig å finne noe som er mangelfullt i den medisinske dokumentasjonen som kreves:

I følge standarden som vi skal følge, så skal legen ha informert oss om ganske mange punkter for at den personen skal få sykepengene videre. Og stort sett så er det jo nok bare å gå på det punktet der, for de har jo aldri gjort det. Du kan alltid arrestere de på noen av de punktene, for de har aldri gitt oss nok informasjon. Så vi kan bare gå dit. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Sykepengene stoppes dersom det er manglende medisinsk dokumentasjon. Vi kommer tilbake til hvordan dette fungerer. Først litt mer om hva NAV-veilederen skal vurdere ved åtte ukers sykmelding.

7.5.2.2 Vurdere om forhold på arbeidsplassen gir unntak til aktivitetskravet

I tillegg til å vurdere om det skal gis unntak fra aktivitetskravet på grunn av medisinske forhold, skal NAV-veilederen også vurdere om det er forhold på arbeidsplassen som kan gi rom for unntak.

I retningslinjene står det:

Vurdering av unntak der det er forhold på arbeidsplassen som er årsak til manglende aktivitet: I følge forarbeidene (Ot.prp. nr. 48 2003-2004) kan aktivitetskravet også unntaksvis fravikes når det dokumenteres av arbeidsgiver at arbeidsrelatert aktivitet ikke kan gjennomføres på den sykmeldtes arbeidsplass. Dette gjelder for eksempel i små virksomheter med sterkt begrensede tilretteleggings-muligheter. Det kan imidlertid også tenkes tilfeller i større bedrifter hvor forholdene gjør det umulig å tilrettelegge for aktivitet, for eksempel hvor den ansatte kan omplasseres til annet arbeid, men hvor dette vil medføre store ekstrautgifter for arbeidsgiver i form av reise- og oppholdsutgifter. Dette er ikke uvanlig i for eksempel offshorebransjen hvor arbeidstaker ofte bor langt fra virksomheten. Også i virksomheter hvor arbeidstaker inngår i en sikkerhetsbesetning eller lignende, kan det være vanskelig å tilrettelegge for aktivitet.

NAV-veilederen skal i sammenheng med dette vurdere følgende punkter:

- Er det innkommet/behov for å innhente opplysninger om forhold på arbeidsplassen som er til hinder for aktivitet?
- Er det grunnlag for å sette unntak på grunnlag av forhold på arbeidsplassen?
- Skyldes manglende tilrettelegging/aktivitet at den sykmeldte ikke har medvirket?
- Gjelder saken sjømenn i utenriksfart?

Hvis gyldig unntak, registreres dette i Arena og sykepengene fortsetter å løpe. Hvis det ikke finnes gyldig unntak, så må oppgave registreres og sendes til forvaltning. Sykepengene blir automatisk stanset.

Vi får inntrykk av at det er mye mindre fokus på dette unntakspunktet enn på dette med medisinsk dokumentasjon. Dette har sannsynligvis sammenheng med at det skrives lite i sykmeldingens del C, der legen og arbeidsgiver kan ha kommunisert, og at NAV-veilederne ikke har tilgang på

oppfølgingsplanen når de skal gjøre åtte ukers-vurderingen. Den kommer først fra arbeidsgiver på ni ukers-rapporteringen. Vi kommer tilbake til dette.

Det kan altså se ut som NAV-veilederen kan undersøke om det står noe på del C i sykmeldingen for å se om legen og arbeidsgiveren har kommunisert, noe som kan si noe om det er forhold på arbeidsplassen, for eksempel manglende tilretteleggingsmuligheter, som gjør at det ikke er aktivitet.

Vi spør hva de gjør, om det ikke ser ut til å ha vært noen kommunikasjon mellom arbeidsgiver og lege, og får svar:

Da kan jeg i hvert fall utelukke dette med at det ikke er tilretteleggingsmuligheter som er grunnen for at jeg kan lage unntak til aktivitet. Da må jeg bare se på det medisinske bildet. Veldig tungvint måte å jobbe på. Når en lege krysser av at det ikke er mulig å være i noen form for aktivitet, da mener jeg at vi burde hatt et tillitsforhold som tilsier at da er det greit at det er unntak. Men i dag så aksepterer ikke forvaltningen det. Vi må få en begrunnelse fra legen som gir oss et unntaksgrunnlag. (Rådgiver, NAV-kontor)

Dette kan tyde på at det ikke hentes inn noen ytterligere opplysninger om forhold på arbeidsplassen ved åtte ukers-vurderingen. Det betyr også at om det ikke settes unntak fra aktivitetsplikten, handler dette nesten alltid om manglende medisinsk dokumentasjon.

Vurdering av åtte ukers aktivitetskrav gjøres ikke blant de som er gradert sykmeldt. Flere veiledere er inne på at dette gjør at disse sakene "glipper" og at de ikke ser dem før uke 17 da de skal kalle inn til Dialogmøte 2. På dialogmøtet kan de oppdage at vedkommende burde vært 100 prosent friskmeldt for lenge siden. Hvor mye dette utgjør i forhold til ekstraarbeidet med så mange flere å gjøre åtte ukers-vurderingen på, er vanskelig å si – men man kunne fått en indikasjon på dette ved å ha sett på hvor stor andel av de som er gradert sykmeldt som blir friskmeldt eller får økt friskmeldingsgrad etter Dialogmøte 2.

7.5.2.3 Har ikke oppfølgingsplanen tilgjengelig på åtte ukers-vurderingstidspunktet

Det virker som de fleste vi har snakket med har avfunnet seg med at oppfølgingsplanen ikke er tilgjengelig for dem ved åtte ukers-vurderingen, og de har justert arbeidet sitt etter dette: i praksis gjøres ikke vurderingen om forhold på arbeidsplassen gir unntak til aktivitetskravet.

Det er også varierende om de leser oppfølgingsplanen før de forbereder seg til Dialogmøte 2 (oppgaven kommer nå opp på arbeidsbenken når sykmeldingen har vart i 17 uker), og det handler om at den kanskje ikke er så relevant lenger (skrevet på fire uker, av og til oppdatert på sju uker på Dialogmøte 1), men stort sett tar de frem oppfølgingsplanen før Dialogmøte 2:

Vi ser jo ofte ikke oppfølgingsplanene før vi skal ut i Dialogmøte 2, da leser vi dem... (Rådgiver, NAV-kontor).

Noen veiledere har fått til en avtale med sine virksomheter (om de har virksomhetsorganisering) om at de alltid skal sende oppfølgingsplanen til NAV når de sender den til legen. De kan da lettere gjøre åtte ukers-vurderingen, og oppfølgingsplanene har da også en bedre kvalitet fordi avsender vet at de blir lest. De fleste steder ser det imidlertid ut til å være ganske sjelden oppfølgingsplanen kommer til NAV tidligere enn uke 10-12, og om de kommer tidligere skyldes dette gjerne misforståelser av reglene:

Noen sender kopi til oss når de sender det til lege, eller at de sender den til oss i stedet for legen fordi de ikke har fått med seg at det er legen som skal ha den etter fire uker, så det hender jo, det varierer litt. (Rådgiver, NAV-kontor)

Alle er enige i at planen kommer for sent:

Når vi vurderer aktivitet på åtte uker sitter jeg uten noen form for dokumentasjon i det hele tatt. Jeg har ikke dokumentasjon fra oppfølgingsplan etter fire uker... Jeg sitter ikke med noen ting. Kommunikasjon lege og arbeidsgiver, det skjer på sykmelding. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Vi spør om det ser ut som oppfølgingsplanen har vært oppdatert (skal gjøres på Dialogmøte 1) og de forteller at de ofte ber om en ny før Dialogmøte 2:

Jeg tror nesten ikke jeg har sett en revidert oppfølgingsplan, det er den samme. Jeg er vel kanskje egentlig ikke så veldig oppsatt på at vi skal ha en revidert en heller, for når vi først har kommet så langt at vi har Dialogmøte 2, så synes jeg det vi blir enige om der egentlig er den beste reviderte oppfølgingsplanen. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Det varierer litt, altså noen sender jo inn. Og det står at når vi kaller inn fire uker i forkant, at de skal sende inn en ny en, og noen gjør det, men ikke alle. Det er kanskje særlig større virksomheter, de som har gode rutiner, de sender inn en ny en. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi spør om kvaliteten på oppfølgingsplanene og alle gir tilsvarende svar som denne rådgiveren:

Den er kanskje ikke veldig god. Det varierer litt. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi spør hvilken informasjon de ønsket det var i oppfølgingsplanen:

Det er noe med hva slags fokus de har. Vi sitter med litt lite informasjon, så da er det ofte greit å vite hva slags jobb den personen har, konkret hvilke oppgaver de har og hvilke muligheter for tilrettelegging de har. Men for de som skal lage oppfølgingsplanen er det en selvfølge, så det skriver de ofte ikke så mye om. Så vi har nok litt ulike behov. (Rådgiver, NAV-kontor)

... legene kan ha fått en oppfølgingsplan også fra arbeidsgiver i forhold til hva som kan tilrettelegges og hvor mye de ser på det, det veit jo ikke jeg, men det er jo der det er litt viktig at arbeidsgiver skriver litt detaljert hva kan jeg gjøre, ikke sant, og snakke med legen og at legen faktisk leser den også, og kan si noe om det til oss som da sitter på det. (Konsulent ved NAV-kontor)

Fokus på åtte uker er greit, men at det kommer før oppfølgingsplanen, eller oppfølgingsplanen kommer for seint, da. (Konsulent, NAV lokalkontor)

Alle veilederne vi har snakket med er helt samstemt i at åtte ukers-vurderingen er vanskelig fordi de ikke har nok informasjon tilgjengelig, og særlig at de mangler oppfølgingsplanen.

7.5.2.4 Nesten alltid unntak for aktivitetsplikten

Vi spør om de har eksempler på når de setter unntak basert på en vurdering av arbeidsplassen og får et eksempel:

Hvis jeg ser at det er god relasjon, og hører det, (hvis jeg f. eks. har snakket med dem på telefon) mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og man hører noe om at den sykmeldte

gjennomgår en eller annen form for behandling, men snakker jevnlig med arbeidsgiver, og arbeidsgiver har skrevet en oppfølgingsplan om hvilke typer oppgaver, hva de har prøvd, og at de har planlagt nye samtaler, når alt liksom er innenfor det som forventes.. Så er det ofte ikke behov for annet enn litt informasjon, hvis ting strekker litt lenger ut i tid. For man vet at det er mye ventetid ute, for å komme i gang med behandlingen, eller bli vurdert av spesialister, osv. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi får inntrykk av at det nesten alltid settes unntak for aktivitetsplikten slik at sykepengene fortsetter å utbetales og respondentene bekrefter dette:

Nesten alle. Og jeg har prøvd... Det er noen som får varsel om stans, men de igangsettes jo bare, man forlenger bare den prosessen, så får vi inn noen opplysninger fra lege, så legger vi inn unntak likevel. (Rådgiver, NAV-kontor)

Det er svært mange av dem vi intervjuer som observerer det samme som denne respondenten.

7.5.2.5 Stansing av sykepengene har usikker effekt

Den sykmeldte informeres om stans av sykepenger og da må den sykmeldte gå til legen og få legen til å sende nødvendig dokumentasjon til NAV. Dersom arbeidsgiveren er blant de som søker refusjon fra NAV, får arbeidsgiveren også et brev om at sykepengene er stoppet. Det ser ikke ut til at arbeidsgiver får beskjed dersom det er NAV som betaler ut sykepengene (gjærne små arbeidsgivere som ikke kan forskuttere lønn). En av respondentene forteller at det er ulikt hvordan veilederne informerer legen:

Det er ulik praksis. Jeg sender jo da en melding til forvaltning, og den går jo fortløpende via Arena, hvor jeg skriver at jeg ikke synes det foreligger nok opplysninger til at jeg kan lage unntak. Og da vil det gå ut en midlertidig stans om sykepenger. Og så ringer jeg som regel legen. Og så har vi det kommunikasjonsproblemet med legen. Det er bare tilfeldig om du kommer igjennom på telefon, hadde jeg hatt et e-postsystem kunne han svart på den e-posten. Vi kan ikke snakke om slike ting på vanlig e-post. (Markedskordinator, NAV-kontor)

En annen svarer slik når vi spør om de sender beskjed til arbeidsgiver når vedkommende blir sykmeldt:

Nei, det må vi ikke nødvendigvis gjøre. Men det her blir veldig sånn fra sak til sak altså. Hvis tilfellet er at det er ren konflikt, at det er ikke noe medisinsk som tilsier at de er syke, så vil vi bare stoppe det, vi forsker ikke mer på det. Hvis vi da etter et par uker får en ny type informasjon, der det ikke var fullt så enkelt, så vil vi gjerne åpne opp for sykepenger igjen da, hvis det er riktig. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Vi synes det er rart at NAV ikke informerer arbeidsgiveren om at sykepengene er stanset, men noen forteller at det har kommet med en setning i brevet som sendes til den sykmeldte om at arbeidsgiver må varsles.

Flere svarer at de har forsøkt å stanse sykepengene mange ganger, men legen skriver bare litt mer utfyllende, så settes det unntak slik at sykepengene kommer i gang igjen. Vi spør derfor om det bare er bortkastet tid å stoppe sykmeldingene til folk, og får svar:

Ja, i grunn. Og det var noen som sa på en eller annen fagdag at 95 prosent, eller noe sånt, går gjennom på åtte ukers-aktivitetskravet. Så det er en ganske liten prosentandel som stoppes der. (Rådgiver, NAV-kontor).

En annen rådgiver på et annet kontor mener det er veldig mange som får stanset sykepengene, og vedkommende er også blant de som mener at legen ikke er grundig nok:

Det er utrolig mange som får stoppet sykepengene sine, enten fordi vi ikke har opplysninger fra lege i det hele tatt, eller at opplysningene fra legen ikke er gode nok. For eksempel at legen kan skrive at vedkommende ikke kan være i aktivitet og går til behandling to ganger i uken. Unnskyld - det er ikke godt nok. Altså, de skal jo skrive det medisinske i forhold til hvordan vil arbeid og det å være i aktivitet påvirke helsen min. Du kan være henvist i DPS, du kan gå i psykologbehandling, og du kan gå til fysioterapi behandling, men det er ikke det samme som at du ikke kan være i jobb, og det er jo litt sånn i forhold til at de veit kanskje ikke hva vedkommende har slags jobb engang, men at de ikke kan være i arbeid - det har de konkludert med. (Rådgiver, NAV-kontor storby).

En respondent kommer også inn på dette med at kan være dramatisk å stoppe sykepengene til folk, og at man skal være litt forsiktig:

Ja, altså det er jo ett stort inngrep i en persons rett eller i en persons liv - for det handler jo om deres ytelse. Man skal jo tenke seg om før man stanser. For at det er jo, altså man kan ha litt opplysninger, og det er litt derfor jeg sender ut forespørsel til legene også, for det står lite på sykmeldingen, og man vet kanskje ikke - for vedkommende kan være kjempesyk og kanskje ikke greier å gå til legen engang for og si i fra at nå har jeg fått en stans - sånn at man skal jo på en måte ha det litt i tankene også tenker jeg. (Konsulent ved NAV-kontor).

Vi spør hva som skjer når sykepengene stanses og hvordan den sykmeldte reagerer:

De fleste lurer på hvorfor de ikke får penger, og så er det noen som lurer på om de kan gå på skole samtidig som de er sykmeldte, og så er det en del som forteller om hvordan de har det på jobb og hvorfor de ikke kan jobbe der, og så er det noen, hvis vi har stoppet sykepengene, som forteller om sykepengeløpet sitt. Det er mange som har sittet på journalen sin og kan ha den hjemme uten å ha sendt den til oss. (Konsulent, NAV-lokalkontor)

Vi spør også denne respondenten om det ofte er at sykepengeutbetalingen settes i gang igjen, og får følgende svar:

Ja, de fleste blir åpnet igjen. For når folk ikke får penger så finner de medisinsk dokumentasjon, så blir de åpnet. (Konsulent, NAV-kontor)

Fra Arbeids- og velferdsdirektoratet har vi fått bekreftet at det er få som varig får stoppet sykepengene sine. Vi har også spurt om de har oversikt over årsakene til at sykepengene stanses, men dette registreres ikke i Arena etter det vi forstår. Vi er også usikre på om det er slik at nesten alle stansinger av sykepenger skyldes vurderingen som gjøres ved åtte ukers sykmelding, eller om det også er andre grunner til at sykepengene stanses.

Vi spør om det er lett å skaffe nok medisinsk dokumentasjon og får et eksempel på et konkret tilfelle:

Ja, vi kan jo ikke.. Hvis en er operert i hælen, f. eks., så tenker du at "Den stanser jeg", for det er nå sju uker siden, så det bør begynne å bli bra, så jeg stanser den, og da ringer bruker fordi han ikke er frisk. Og kan fortelle at, "Nei, hælen er jo grei, men hele beinet har jo hovnet opp", og sitter med det rett ut, og skal til den ene institusjonen etter den andre for å sjekke opp de greiene. Så da åpner vi sykepengene igjen, da. Og da får de den M-en, det unntaket, og da ser ikke vi de på benken igjen før dialogmøtet, hvis det ikke står noe ekstra på sykmeldingene, så da er de borte for oss. (Konsulent, NAV-lokalkontor)

Vi spør om de sykmeldte forstår at sykepengene kan stoppe opp etter åtte uker, og får henvisninger til informasjonsbrevet som automatisk blir sendt til alle sykmeldte når de har vært sykmeldt i fire uker. Dette er et varsel om at sykepengene kan stoppe ved åtte uker og skal være tilstrekkelig informasjon til den sykmeldte. En av respondentene opplever at dette er knapt:

Jeg trenger ikke å gjøre noen ting, for de sier at dette fire ukers informasjonsbrevet som går ut til den sykmeldte gir den sykmeldte nok forklaring på hva han skal gjøre for å beholde sykepengene ut over åtte uker. Jeg jobber på NAV, og hvis jeg hadde fått et fire ukers informasjonsbrev hjem til meg, hadde ikke jeg oppfattet at det var min oppgave å sørge for at legen dokumenterte det godt nok at jeg ikke kunne være i aktivitet etter åtte uker. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Vedkommende legger til:

Og så er det jo slik at de menneskene som får dette brevet i utgangspunktet er syke. Det er veldig interessant med alle de brevene, for det går veldig mange standardbrev ut til bruker [...] Og så har jeg begynt å ta ut de brevene, og lese de, for å prøve å sette meg inn i brukerens situasjon når han får et brev fra NAV. Du skal være ganske frisk for å skjønne alt som står der altså. (Markedskordinator, NAV-kontor).

Det kan være vanskelig for NAV-veilederne å være strenge og det å stoppe sykepengene til folk. Flere har vært inne på at det er en belastning for den sykmeldte. Flere rådgivere forteller også at folk kan bli sinte og vanskelige, og at da er det ikke så greit. Ofte bor de ansatte i samme område som brukerne, og de kan møte de på butikken og andre steder. Noen forteller at de sjekker adressen til folk dersom noen begynner å bli vanskelig. Vi har ikke undersøkt hva veilederne gjør om de får sykmeldinger fra folk de kjenner, men det er nærliggende å tro at de da gir saken til en kollega om det blir vanskelig. En av veilederne vi intervjuet hadde en ganske streng praksis og viser med dette eksempelet at hun tar portvaktrollen på alvor, og er bevisst på ikke å forskjellsbehandle folk:

..men jeg tenker "Hvem skal jeg tenke på her?" - Er det at han skal få fordi han bor nærme meg? Eller skal han også følge regelverket? For det er jo det jeg går etter, ikke "Du er sånn og du er sånn", og jeg gjør det, for jeg synes det er kjempevanskelig. Jeg er fra byen, jeg kjenner veldig mange her, mange kjente navn på listen, jeg kan ikke bli skjermet for de jeg kjenner. "Han kan jeg ikke ta, for han kjenner jeg, hun har jeg gått på skole sammen med, å det er onkelen til den og tanta til den.." - Jeg føler at jeg må være streng enten det er den eller den. (Konsulent, NAV lokalkontor)

Det er altså mange som sier at det ikke er så stort poeng med å stoppe sykepengene, de settes i gang igjen uansett. Vi forsøker å grave litt mer for å finne tilfeller når det kan ha en effekt at syke-pengene blir stanset, og får to eksempler:

Ja, men det hender jo legene skriver at vedkommende kan jobbe, at det kan tilrettelegges på arbeidsplassen. Da må vi ringe til arbeidsgiver og si at de må komme, og så må de tilrettelegges sånn at det går an å få gjort noe. (Konsulent, NAV lokalkontor)

Det som vi ofte stopper for, er når vi ikke har informasjon fra lege, så vi har ikke det medisinske, og så går de videre 100 prosent sykmeldt. Og det står jo i stoppbrevet også, at de må ta kontakt med legen sin så vi får den informasjonen vi trenger. Og jeg tror det gjør noe mentalt, at de må stoppe opp og tenke litt sånn "kan jeg få til noen form for aktivitet på jobben?" (Konsulent i SYFO-team)

Vi spør om det er den sykmeldte selv som kan begynne å tenke slik, men i dette tilfellet tenkte respondenten mer på legen:

Ja, at legen tenker det. Og vi ser jo at de sakene hvor vi gjør det, så er det veldig mange som starter opp litt gradert, eller vi får en helt annen type informasjon fra legen, sånn at vi igjen kan tenke litt annerledes i saken, at vi ev. kan knytte på noen tiltak, ikke sant? (Konsulent i SYFO-team)

Respondenten fremhever videre at det er viktig å få god informasjon fra lege. Vi spør hvilken informasjon de behøver for å gjøre en vurdering:

Litt sånn veien videre, hva legen tenker om situasjonen, om arbeidsfunksjon, at legen greier å tenke litt arbeid oppi dette også, for det vi får er jo mer sånn medisinsk, "vondt i høyre kne", ikke sant? (Konsulent i SYFO-team)

Da har vi i alle fall to eksempler på at stopping av sykepengene har en effekt, det er for det første at legen sier at vedkommende kan jobbe likevel, og for det andre at det kan føre til gradert sykmelding heller enn full sykmelding. Det kan altså være at stansing av sykepengene har effekt på graderingsandelen, men vi vet ikke om AV-dir. har undersøkt dette. Man kunne også gjort analyser for å se om de som får stoppet sykepengene (sannsynligvis noe tilfeldig om de blir stoppet), får en synlig endring i fraværsadferd sammenliknet med andre (propensity score matching analyser).

Vi konkluderer med at de NAV-ansatte som vi har snakket med følger rutineene, de undersøker stort sett om de har nok medisinske opplysninger, setter ikke unntak og sykepengene stoppes:

Ja, jeg gjør det, og jeg vurderer om man ... Har man ikke fått noen opplysninger, så må det selvfølgelig stoppes, og da går det et par uker, og så får vi opplysningene, og så setter vi de i gang. Det blir masse telefoner og mange fortvilte mennesker, og ... (Rådgiver, NAV-kontor)

Vedkommende forteller om en sak der han virkelig har forsøkt å få stoppet sykepengene permanent der saken grenser mot trygdesvindel, men at legen og pasienten går sammen for å komme med nok medisinsk dokumentasjon for at sykepengene skal fortsette. Dette kommer fra en rådgiver i en ganske stor by, og han sier at NAV har veldig dårlig samarbeid med legene der, at det er en kultur som ikke gir godt grunnlag for samarbeid. Han forteller at det var dårlig forhold med legene også da de hadde trygdekantorene, så det er tradisjon for dårlig samarbeid. Vi har ikke gått inn på dette, men opplever nok at flere fra dette kontoret er mer negative til legene enn ved de andre kontorene. Vi spør hva som kan gjøres når forholdet mellom NAV og legene ikke er så bra som det burde være:

Ta med rådgivende overlege ut til disse kontorene som har de største utfordringene, og rett og slett ha møter med hvert enkelt legekantorene, og forhåpentligvis få dem på banen da, for å invitere dem og spørre dem, hva ønsker dere, og hva tenker dere, hva slags frustrasjoner har dere i forhold til NAV, for de føler jo at vi drukner dem i krav og brev og ting de må svare på, og det er jo fordi at i sykmeldingen på åtte ukers-tidspunkt så skal vi begrunne hvorfor den sykmeldte ikke kan være i noen som helst form for aktivitet. Og så gjør de ikke det, så skriver de bare "Venter på time til MR", og det sier oss absolutt ingenting om hvorfor de ikke kan være i jobb nå. Hvis de bare hadde skrevet en eller to linjer til, "Kan ikke være i jobb fordi sånn og sånn", da hadde det vært helt greit. Hadde de brukt fem minutter på den saken, så hadde sykepengene vært i gang, og alle hadde vært fornøyd. Nå er det sånn at vi må sende brev ut om at sykepengene stanses, og masse opplegg rundt det ... Og der, der bruker vi mye tid. I starten

så er det jo arbeidsgiver, lege og den sykmeldte, det er de som skal være hovedaktørene, og det fungerer absolutt ikke. (Rådgiver, NAV-kontor)

Som vi kommer tilbake til i slutten av kapittelet, anbefaler vi at det satses på å utvikle NAV-/fastlegesamarbeidet.

7.5.2.6 Vil økt fokus på åtte ukers-vurderingen ha effekt?

Flere forteller at de har fått beskjed om å ha mer fokus på åtte ukers-vurderingen. Vi forstår at dette har sammenheng med sentrale føringer knyttet til mål om at gjennomsnittlig fraværslengde skal reduseres fra 50 til 35 dager. Det er ikke direkte føringer på hvordan dette skal oppnås, men det er ikke så mange andre muligheter NAV-kontorene har i dagens system enn å fokusere mer på åtte ukers-vurderingen dersom de skal komme tidligere inn.

Dette har også sammenheng med et punkt på målekortet etter det vi forstår. Vi spør en respondent om hvordan dette skal foregå i forhold til det som gjøres i dag og får følgende beskjed:

Nei, vi blir jo målt, vi får jo vår grønne dott hvis stopper mange nok folk. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Vi spør om mer fokus på åtte ukers aktivitetsplikt vil føre til at de stopper flere, og får bekreftet det fra alle. Vi spør videre om dette ikke egentlig er en indirekte innstramming i sykelønnsordningen og får følgende svar:

Ja, indirekte kan du si det. Vi skal i grunn gjøre de samme vurderingene som vi gjorde før, men nå vil jo fokuset vårt være der. Så vi skal jo ikke gjøre noen annen vurdering, det ligger ikke der, men det er lagt vekt på at vi skal fokusere mer på det. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor).

Vedkommende forteller at mer fokus på åtte-ukers aktivitetsplikt vil bety at de blir strengere, men de fleste mener også at de burde vært litt strengere enn de er i dag. Her kommer rollen som portvakt tydelig frem. NAV-ansatte har nok et mye bedre forhold til portvaktrollen enn det mange av fastlegene har. NAV er de som forvalter folketrygden i landet, og det er kanskje ikke å forvente at det er legen som tar hovedansvaret som portvakt. Legene må kanskje heller ha fokus på rollen som portvakt inn i spesialisthelsetjenesten for å hindre overforbruk av helsetjenester.

Generelt er alle enige i at mer fokus på åtte uker heller enn på Dialogmøte 2 er bra, men det er noen betingelser for at det skal ha effekt:

Jeg synes det er bra. Hvis man får de mulighetene til å jobbe under den metodikken så, og det er tilstrekkelig med ressurser til det, så synes jeg det er en veldig bra måte å innhente dokumentasjon på og få fulgt opp. (NAV-konsulent, Sykefraværsoppfølging)

Vi spør om hva de kan oppnå med dette og får som svar:

Nei det er jo hvis vi får tilstrekkelig med opplysninger så kan vi få avklart ganske tidlig behovet for videre oppfølging, eventuelt fremskyve dialogmøte. Samhandling med arbeidsgiver. (NAV-konsulent, Sykefraværsoppfølging)

Arbeids- og velferdsdirektoratet oppgir at det kvantitative målet om Dialogmøte 2 er erstattet av en målsetting om redusert gjennomsnittlig varighet. Økt arbeidsretting av sykefraværsoppfølgingen er et hovedbudskap, med åtteukers-vurderingen som en viktig milepæl for å komme tidlig inn i saker der det er behov.

7.5.2.7 Oppsummering vurdering av åtte ukers aktivitetskrav

Våre observasjoner tyder på at åtte ukers-vurderingen har liten direkte effekt på sykefraværet. Det gjøres trolig nesten alltid unntak fra aktivitetskravet og i de tilfellene sykepengene stoppes (skjer alltid når det ikke gis unntak fra aktivitetskravet), kommer utbetalingene nesten alltid i gang igjen etter at legen har levert ytterligere informasjon.

Det ser ut som at når NAV skal vurdere åtte ukers-aktivitetskravet, handler det kun om at det foreligger tilstrekkelig medisinsk dokumentasjon. At NAV-veiledere uten medisinsk kompetanse skal sitte og vurdere om det er tilstrekkelig med medisinske opplysninger fra legen, oppleves av mange som har denne oppgaven som meningsløst dobbeltarbeid, og at det er en tydelig mistillitserklæring til legens rolle. Andre mener at legene er for lite grundige og at det derfor er helt nødvendig at NAV kontrollerer det som legene leverer i forhold til sykmeldingene. Det kan se ut som der forholdet mellom NAV og legene er vanskelig, er det mye større mistro til legene fra NAV-veilederne og sikkert motsatt. Vi er temmelig sikker på at det vil være mye mer effektivt å jobbe systematisk inn mot ansvarliggjøring av legene, og å bygge opp tillit og respekt mellom aktørene. Det ville hatt mye større effekt enn det som systemet legger opp til i dag, i og med at NAV skal sitte og kontrollere om legene gir nok medisinske begrunnelser for sykefraværet.

Det fremheves av flere av veilederne at de nå har fått beskjed om økt fokus på åtte ukers-vurderingen av aktivitetsplikten. Dette betyr i realiteten at de skal stoppe en større andel av sykepengene (om det ikke gis unntak fra aktivitetsplikten, stoppes sykepengene). Gitt at de aller fleste settes i gang igjen, er dette bare en ekstrarunde med merarbeid og økte dokumentasjonskrav for legen uten særlig effekt på sykefraværet. Dette er altså tenkt intensivert.

At veilederne skal være strengere på åtte ukers-vurderingen innebærer en indirekte innstramming i sykelønnsordningen (betingelsene for å motta sykelønn endres gjennom endret praktisering av reglene og endret fokus i oppfølgingsregimet), og det er usikkert hvorvidt arbeidstakerorganisasjonene har vært med og diskutert denne endringen jf. forutsetningen i IA-avtalen og at sykelønnsordningen ikke skal endres i avtaleperioden.

Uansett er de fleste veilederne enige i at NAV må komme tidligere inn, men vi ser ikke helt at økt fokus på åtte ukers-vurderingen faktisk bidrar til at NAV kommer tidligere inn. Med mindre fokus på Dialogmøte 2, som også ligger i de nye prioriteringene etter det vi forstår, kan det tenkes at de i større grad kan se nærmere på sakene ved åtte ukers-vurderingen. De har imidlertid ikke noe mer informasjon fra arbeidsgiver tilgjengelig til åtte ukers-vurderingen nå enn tidligere.

7.5.3 Mellom åtte uker og 26 uker – tilgjengelige tiltak

Vi har generelt inntrykk av at det skjer nesten ingenting mellom åtte ukers-vurderingen og Dialogmøte 2 dersom ikke arbeidsgiveren eller andre ber om bistand.

Ja, det kommer litt an på når i sykepengetilfellet det er. Hvis det er mellom åtte-ukeren og Dialogmøte 2, så har vi jo ingen kontakt med dem hvis de ikke ringer til oss. Eller at

arbeidsgiver ringer til oss, eller legen ringer og sier "Jeg prøver, men jeg klarer ikke å få dem ut i jobb, hva skal vi gjøre her?". Da går jeg inn og vurderer hva som har stått på sykmeldingene, og så sjekker jeg om jeg har fått den oppfølgingsplanen, ser hva som står på den, og hvis det ikke er noen ting da, så spør jeg gjerne arbeidsgiver om en ny oppfølgingsplan, ikke sant. Da må jeg eventuelt sette en reg. henvendelse på. (Konsulent, NAV lokalkontor)

NAV har en rekke tiltak tilgjengelig for folk som er sykmeldt. Tiltak i sykefraværsoppfølgingen som kan utløses raskt i samarbeid med arbeidsgiver og/eller sykmelder:

- Raskere tilbake:
 - Avklaringstiltak
 - Oppfølging
 - Arbeidsrettet rehabilitering
 - Behandling/utredning for lettere psykiske og sammensatte lidelser
- Arbeidsplassvurdering
- Tilretteleggingstilskudd (Brukeren må være ansatt i IA-virksomhet)
- Tilskudd til BHT (Brukeren må være ansatt i IA-virksomhet)
- Gradert sykmelding
- Med flere

Dette er tiltak som kan iverksettes uten oppfølgingsvedtak. I tillegg kan det iverksettes tiltak som krever oppfølgingsvedtak og aktivitetsplan.

På lokalt nivå er det stor variasjon i hvilke tiltak som er tilgjengelig. Det er stort sett kjøp fra private tiltaksleverandører etter det vi forstår. Vi har ikke undersøkt omfang og nytte av slike tiltak, men vi hører fra veilederne at det nok er mer fokus fra fylkesleddet i forhold til å finne effekt av de ulike tiltakene nå enn tidligere. Det virker som de styrer tiltaksbudsjettene godt, eller i alle fall at det er fokus på det:

Det er å disponere tiltaksbudsjettet på kontoret. At vi bruker tiltakene våre, planlegger, rapporterer. Vi får jo tallene fra fylket på hvor mange tiltak vi skal ha per år, og så er det om å gjøre å fordele ut det på de ulike tiltakene for de ulike månedene. For så å prøve og etterse kontoret og klare å holde de planene per måned og rapportere til fylket på, og se kvaliteten til tiltaksarbeidet. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Når vi spør om de ulike tiltakene har effekt, sier de fleste at det vet de ikke. Noen har positive erfaringer med noen tiltak, men negative erfaringer med andre tiltak, mens andre sier litt motsatt. Dette henger nok mye sammen med at dette er vanskelig å systematisere på en god måte når vi spør slik:

Det spørres jo hvordan du skal vinkle det da. Skal man tenke på de som er... altså, min personlige mening er at vi gjør veldig mange greier som har liten effekt, tenker jeg. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Vi spør respondenten hva vedkommende tenker har liten effekt og får svar:

For eksempel å sende folk på disse ulike greiene, det har ikke noen effekt, det er bare noe vi gjør. Alle disse oppfølgingsplanene sier ingen ting stort sett, de forteller litt om hva som kanskje har vært forsøkt ... så jeg tror at man må gjøre det enkelt og greit. Man må ha et enkelt, sånn

som Senter for jobbmestring, et enkelt og greit tilbud, vi vet akkurat hva det er for noe, alle vi som jobber med det vet hva det er, vi vet det har effekt, flott. Vi må vurdere folk tidlig om de har sykepengerettigheter, det tror jeg blir kjempeviktig framover, det legges jo vekt på det, det nye målekortet som kommer fra direktoratet nå er jo, de går vekk fra Dialogmøte 2-måling, og så går de inn på åtte ukers stans-måling. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Flere er inne på dette med at tiltaksarrangørene er en virksomhet som skal tjene penger, og i stor grad eksisterer fordi NAV kjøper tiltak:

Det kan også være. Men det jeg ser ofte med tiltaksarrangører er at det blir litt den salgsvrien på det noen ganger, at de skal være populære hos oss, for de er avhengige av å ha tiltak, så de gjør alt de kan for å tilfredsstille oss, ved å pynte litt på statistikker og få det til å se pent ut. Det blir litt sånn at "flest mulig kommer ut i jobb" i hermetegn, sant. (Konsulent i SYFO-team)

Vedkommende forteller om et annet tiltak, funksjonsvurdering, som arbeidsgiverne i IA-bedrifter kan bestille. Når bestillingene også kommer fra arbeidsgiverne, blir det vanskelig for NAV å holde oversikt over hva som er gjort i de ulike sykmeldingstilfellene:

Og det er en del av det å være en IA-bedrift, så kan du bestille det, funksjons-, eller arbeidsavklaring. Og den går oss hus forbi, så det hender at jeg kommer inn på Dialogmøte 2, og så har det skjedd en masse som jeg ikke er klar over i saken, for da har arbeidsgiver vært inne, f. eks. etter åtte uker, og bestilt en funksjonsvurdering fra f. eks. [navn på lokal tiltaksarrangør] da, som er en av våre tiltaksarrangører. Og da kan de ha vært inne og gjort en avklaring av den ansatte, om han/hun skal være der eller ikke, og er egnet eller ikke. Uten at NAV er inne i bildet i det hele tatt. (Konsulent i SYFO-team)

Flere er usikre på effekten av avklaringstiltak:

Jeg synes det har lite effekt. Når jeg henviser, får jeg en tilbakemelding på at de har mottatt innsøkningen. Så får jeg en avslutningsrapport, og så går det kanskje to til tre uker før jeg får selve rapporten. Veldig ofte konkluderes det med at bruker bør søke arbeidsavklarings-penger når den tiden kommer. Det er min mening. Men det kan være litt avhengig av den brukeren jeg henviser til avklaring også. Jeg burde kanskje kommet til den samme konklusjonen som attføringsbedriften selv på en mye enklere og raskere måte. (Markedskordinator, NAV-kontor)

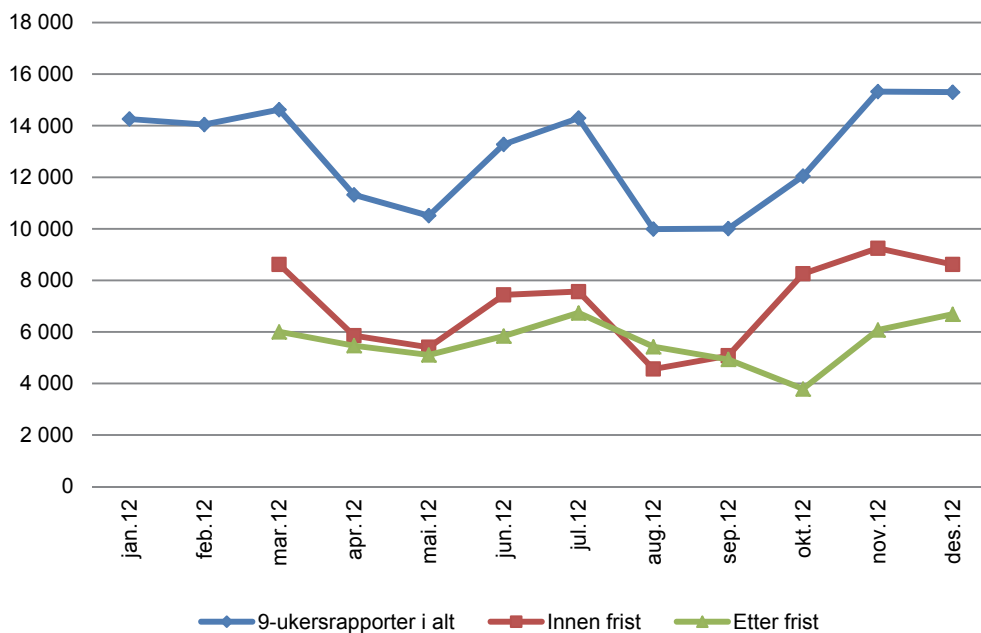
Svært mange av respondentene er veldig usikre på effekten av tiltakene de benytter og samtlige synes derfor det er veldig positivt at fylket nå setter fokus på å få mer kunnskap om hvordan de ulike tiltakene virker slik at de kan få bedre kunnskap om hva som passer når. Ut i fra de vi har snakket med er det lite som tyder på at tiltakene som finnes tilgjengelig i NAV er godt nok utviklet for å få sykmeldte tilbake i jobb. Det mangler mye forskning på dette området. Utprøving av tiltak gjennom kontrollerte forsøk med effektmålinger, samtidig som det gjøres dekkende kvalitative analyser, er en mangelvare.

7.5.4 9-ukers rapportering til NAV

Senest innen et sykefravær har vart i ni uker skal arbeidsgiver gi skriftlig melding til NAV om det er utarbeidet oppfølgingsplan og avholdt dialogmøte i henhold til regelverket. Meldingen gis på NAV-skjema "Rapport om oppfølging av sykmeldt arbeidstaker", som skal sendes inn i alle saker der sykefraværet går ut over ni uker. NAV kan sanksjonere arbeidsgiver ved manglende rapportering. Dersom det er utarbeidet en oppfølgingsplan, skal den sendes inn samtidig.

Rapporteringen mottas av NAVs Arbeidsgiver- arbeidstakerregister (AA-registeret) på Hamar. Det er også AA-registeret som sender ut varsel om sanksjoner, og det er de som gjennomfører selve sanksjonen. NAV ble styrket med omtrent 30 millioner for å gjøre denne jobben, så vi antar det ble ansatt mange personer til å ta i mot denne rapporteringen. Vi har ikke intervjuet de som leder eller arbeider i registeret, men vi forstår at det må gjøres et omfattende manuelt registrerings- og scanningsarbeid.

Fra figuren under ser vi at det er relativt mange som sender inn ni ukers-rapporteringen etter frist, og det kan tyde på at de først sender inn når de har mottatt varsel om sanksjon. Vi har eksempler fra arbeidsgivere som konsekvent venter til de får varsel med å sende inn ni ukers-rapporteringen. Det kan være mange årsaker til at man ikke får rapportert i tide.



Figur 7.4 Ni ukers-rapporter registrert før og etter frist. Antall. Mars-desember 2012. Kilde: Arbeids- og velferdsgesamtverket. Vedlegg årsrapport 2012.

Vi har forsøkt å finne ut effekten for sykefraværsoppfølgingen i NAV av ni ukers-rapporteringen.

Vi finner ut at det eneste NAV-veilederne bruker denne til, er å ta frem oppfølgingsplanen som er sendt inn sammen med ni ukers-rapporteringsskjemaet i forbindelse med Dialogmøte 2 ved 26 uker. De gjør ingen vurdering av rapporteringen som gjøres i uke ni, og de ser den heller ikke.

Hovedproblemet med ni ukers-rapporteringen for NAV-veilederne er at oppfølgingsplanen først kommer da. NAV trenger denne når de skal gjøre åtte ukers-vurderingen, så her er det en stor brist i logikken i systemet. Dette har NAV påpekt for lenge siden, men det har ikke blitt tatt hensyn til.

Det er flere utfordringer med ni ukers-rapporteringen:

- Man rapporterer på at man har fulgt arbeidsmiljøloven (laget oppfølgingsplan og avholdt Dialogmøte 1 på arbeidsplassen)
- At det er NAV som er satt til å kontrollere forhold i Arbeidsmiljøloven er underlig
- Rapporteringen er grunnlag for sanksjoner mot arbeidsgiver

- Sanksjonene er knyttet til rapportering og ikke til oppfølging av sykmeldte
- NAV har ikke fått en rolle der de skal vurderer kvaliteten i det som rapporteres (heller ikke av oppfølgingsplanen), men rapporteringen kontrolleres for å se om det skal sendes ut sanksjoner

Det mest alvorlige problemet med ni ukers-rapporteringen er likevel ikke punktene over, men at det å gi ansvaret til AA-registeret på Hamar ikke betyr at NAV-veilederne som skal samarbeide med virksomhetene skjermes fra dette systemet:

Vi har jo ikke kontrollrollen vi da heldigvis, for det er det AA-registeret som har, men vi er jo NAV, så vi får jo kjeften likevel. Spesielt de som tre dager etter fristen har gått ut får bot, og så blir de sure på oss. (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Vi spør hvorfor det fortsatt er mange som får varsler og sanksjoner, om ikke rutinene har begynt å gå seg til nå slik at det ikke blir så mange rapporteringsfeil:

Det er ikke alle som gjør det nei. Enten så sender de inn en av delene, begge delene eller noen ganger ingenting. Eller de sender inn hver for seg, men det er jo veldig mange arbeidsgivere som fremdeles ikke har fått med seg denne nye rapporten. Da er det litt variabelt hva som står i det varselbrevet, om det er den ene eller den andre eller begge deler som mangler, også er det jo sånn at de får jo sanksjon. Mangler de begge deler så får de på en måte to sanksjoner og det blir vel 10 000 kroner. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Veldig mange varsler om sanksjoner, men det er lite for de fleste får jo tre uker på seg til å sende inn, og da gjør de jo det. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Vi spør om de har diskutert dette med ni ukers-rapporteringen og den ene respondenten svarer slik:

Vi satt og diskuterte dette her på fredag og min mening er jo at det er enorme ressurser som går med fra NAV sin side på å kontrollere og følge opp arbeidsgiver i forhold til skjemainnsending. Nå ligger det heldigvis utenfor eget kontor, altså selve den sekvensen av det. For det er AA-registeret, men det er klart det at de oppgavene kommer jo til NAV-kontor i tillegg - vi blir jo noen ganger trukket inn i det ut i fra at vi må uttale oss, enten i forhold til konsekvenser for arbeidstaker, arbeidsgiver eller lege for eksempel som ikke møter på dialogmøtet eller andre ting ... (Rådgiver, NAV-kontor storby)

NAV-veilederne på sykefraværsoppfølgingsområdet er altså ikke interessert i ni ukers-rapporteringen, det er oppfølgingsplanen som er viktig, men den kommer altså for sent:

Oppfølgingsplanen som er viktig. Den burde vi hatt etter seks uker. Der står det jo ofte at "Jeg får ikke kontakt med den sykmeldte", eller, "Vi har ingen tilretteleggingsoppgaver fordi vedkommende har brekt begge armer, vi kan ikke gjøre noe". Greit! (Konsulent, NAV lokalkontor)

7.5.4.1 Konklusjon ni ukers-rapportering til NAV

Vi kan godt forstå argumentene til Arbeids- og velferdsdirektoratet som sier at de aldri har visst så mye om hvordan sykmeldte følges opp på arbeidsplassen som etter at ni ukers-rapporteringen kom. Gjennom ni ukers-rapporteringen får de informasjon om dialogmøtet er avholdt, hvilken dato og hvor møtet ble holdt. De får også informasjon om møtet ble holdt på telefon, om legen ble innkalt,

om legen og bedriftshelsetjenesten har deltatt. De får også informasjon om årsaker til at møtet ikke ble avholdt, og om arbeidstaker ikke har møtt. De får også svar på om det ble utarbeidet oppfølgingsplan, og om ikke det er gjort, får de ofte vite årsaken til dette.

Dette gir mye informasjon og man kan på denne måten tett følge utviklingen i disse punktene både nasjonalt, regionalt, på bransjenivå, ut i fra bedriftsstørrelse og annet. Vi vet ikke hvilke analyser det er gjort av dette svært omfattende datamateriale, men vi har foreløpig ikke sett annet enn nasjonal tall på noen av variablene.

En annen faktor som er viktig her, er at dette omfattende rapporteringssystemet innebærer mye merarbeid for arbeidsgiverne. Når de politiske føringene ligger på inkludering, jobbstrategi og fleksibilitet i arbeidslivet – vil et system som gjør det krevende å ha sykmeldte bidra til at arbeidsgivere vegrer seg for å ansette folk som de tror kan komme til å ha en del sykefravær. Dette, i tillegg til at NAV blir en kontrolletat mot arbeidsgiverne heller enn en samarbeidspart, oppveier sannsynligvis nytten av at Arbeids- og velferdsdirektoratet får god informasjon om sykefraværsoppfølgningen. Det er andre måter å innhente slik kunnskap enn gjennom nasjonale omfattende manuelle registreringer, for eksempel gjennom gode forskningsprosjekter der man også kan undersøke kvaliteten i det arbeidet som gjøres, heller enn bare tall.

Rapporteringen som nå gjøres på ni uker, utføres sannsynligvis fordi det er knyttet sanksjoner til rapporteringen og ikke fordi det fører til bedre oppfølging av sykmeldte. Siden det er ingen vurdering av kvaliteten på oppfølgingsplanen i NAV, er det altså kun sanksjoner knyttet til rapporteringen og ikke til selve oppfølgningen. Oppfølgingsplanen kan være nesten tom og likevel bli godkjent. Dette forstår rasjonelle aktører, og de bruker mindre og mindre tid på å lage gode oppfølgingsplaner. NAV har heller ikke noe fokus på systematisk å bedre kvaliteten på oppfølgingsplanene så vidt vi forstår, og dette er kanskje heller ikke NAV-kontorene sin oppgave, men heller noe NAV Arbeidslivssenter kunne blitt gode på. I dag er det ingen som egentlig forstår hva en god oppfølgingsplan bør inneholde for å være et effektivt virkemiddel.

7.5.5 Dialogmøte 2

Retningslinjene for Dialogmøte 2 i oppfølgingsrutinene for NAV-veilederne er som følger:

Krav om dialogmøte mellom arbeidstaker og arbeidsgiver i regi av NAV ble innført for å styrke oppfølgningen av langtidssykmeldte og bidra til at disse raskere kommer tilbake i arbeid og aktivitet.

Formålet med Dialogmøte 2 er at partene og NAV skal møtes til en felles gjennomgang av situasjonen. Tema og innhold i møtet vil i hovedsak være det samme som i Dialogmøte 1 i regi av arbeidsgiver. Dette vil blant annet være gjennomgang og videre arbeid med oppfølgingsplanen, avklaring av hva arbeidstakeren kan gjøre på arbeidsplassen og hvilke tilretteleggingstiltak som kan være aktuelle. Møtet skal gi grunnlag for å kvalitetssikre arbeidet med oppfølgingsplanen.

En grundig vurdering og oppfølging på dette tidspunktet, vil kunne ha avgjørende betydning for å hindre varig utstøting fra arbeidslivet.

Når skal møtet avholdes?

Seks-månedersfristen for å avholde dialogmøte er en siste frist; møtet kan også avholdes på et tidligere tidspunkt dersom det er mer hensiktsmessig. For å synliggjøre dette er det lovfestet at arbeidstaker, arbeidsgiver, sykmelder eller NAV skal kunne kreve at Dialogmøte 2 avholdes på et tidligere tidspunkt. Dette vil for eksempel kunne være aktuelt dersom arbeidstaker og arbeidsgiver tidlig vurderer at alle muligheter på arbeidsplassen er uttømt, og at det kan være aktuelt med arbeidsrettede tiltak i regi av NAV. Dersom en av partene krever et slikt møte, skal NAV innkalle til møte og gjennomføre dette.

Hvem skal delta i møtet:

Arbeidsgiver har gjennom hele sykefraværsløpet en sentral rolle i å få arbeidstaker tilbake i arbeid. Det er derfor av stor betydning at arbeidsgiver deltar i alle dialogmøter. Det er presisert i loven at arbeidsgiver har en plikt til å delta i Dialogmøte 2.

Arbeidstaker vil ved 26-ukerstidspunktet ha vært borte fra arbeid i lang tid, og det er viktig at alle aktører involveres og gjør en innsats for at arbeidstakeren kan komme tilbake i arbeid.

Det er en forutsetning at sykmeldt arbeidstaker og arbeidsgiver deltar samtidig for at møtet skal godkjennes som et dialogmøte

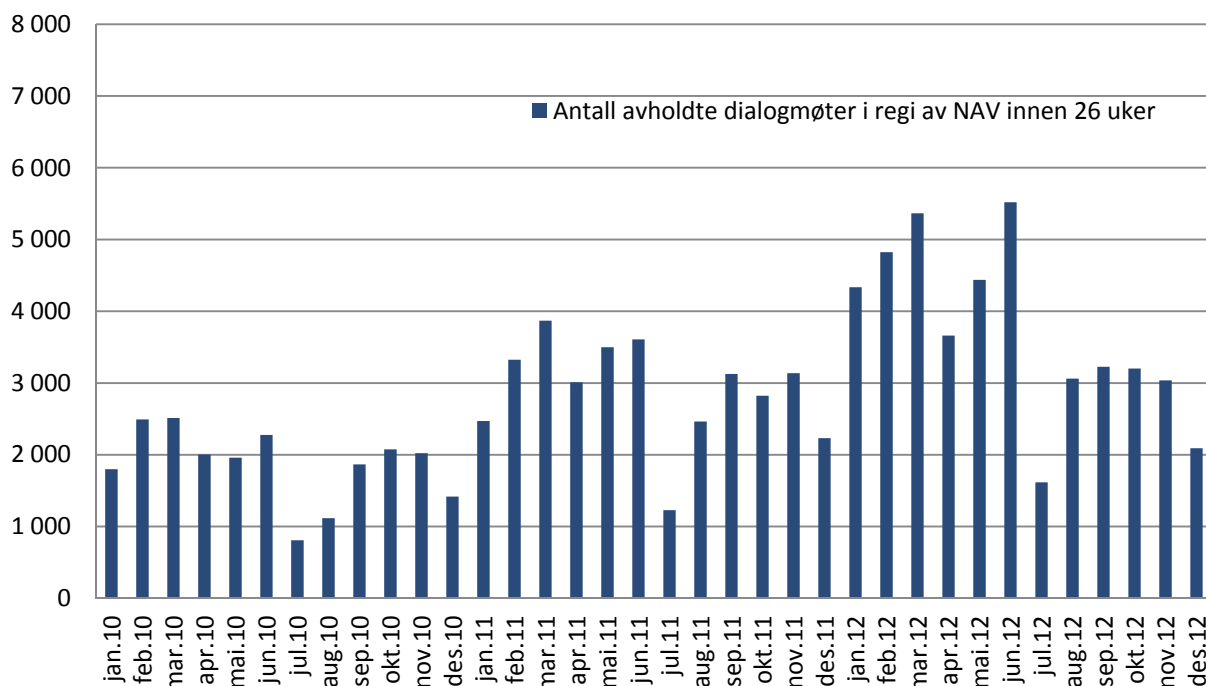
Dialogmøte 2 skal holdes innen 26 ukers sykmelding. Det må foreligge dokumenterte opplysninger som tilsier at møtet ikke bør avholdes hvis det skal gjøres unntak. Sjekklisten inneholder momenter til vurderingen av eventuelt unntak.

Det er også utarbeidet en sjekkliste for NAV-veilederen:

| | |
|---|--|
| 1 | Foreligger det medisinske opplysninger som kan gi grunnlag for unntak? <ul style="list-style-type: none"> • alvorlig sykdomstilstand som er dokumentert med legeerklæring, oppfølgingsplan? • framgår det at arbeidstaker ikke vil være i stand til å gjenoppta arbeidet? • ved tvil, har du vurdert bruk av rådgivende lege? |
| 2 | Er arbeidstaker innlagt i helseinstitusjon? <ul style="list-style-type: none"> • gjør de medisinske forholdene/den sykmeldtes helsetilstand det vanskelig å avholde møte? • er det uhensiktsmessig å innkalle pga institusjonens beliggenhet? • gjør behandlingsopplegget det uhensiktsmessig å avholde møte? • bruk av rådgivende lege? |
| 3 | Forventet friskmelding innen 28 ukers sykmelding? <ul style="list-style-type: none"> • Gir dokumentasjon reelt grunnlag for å forvente en friskmelding? |
| 4 | Hensiktsmessige tiltak sannsynliggjør at det fører til friskmelding? <ul style="list-style-type: none"> • Framgår det av oppfølgingsplanen at tiltak er i gang og forventet progresjon, tidsplan? • Vil tilbakeføring til arbeid kunne skje innen 39 ukers tidspunktet? |
| 5 | Har du planlagt videre oppfølging? Har du satt nytt oppfølgingstidspunkt? <ul style="list-style-type: none"> • Behov for et Dialogmøte 3 på et senere tidspunkt? |

Vi har sett på hva NAV-veilederne gjør i forhold til Dialogmøte 2. Det foreligger så vidt vi vet ikke analyser av hvorvidt Dialogmøte 2 har effekt på sykefraværsutviklingen. Dette er vanskelige analyser,

fordi det ikke er tilfeldig om dialogmøtene avholdes eller ikke. Kvalitative data gir ofte et bilde på tilnærming og metode, men vi kan i liten grad si noe om effekt.



Figur 7.5 Antall avholdte dialogmøter i regi av NAV innen 26 uker. Kilde AV-dir. Vedlegg årsrapport.

7.5.5.1 Forberedelser til Dialogmøte 2

Vi har spurt alle respondentene om hvordan de forbereder seg til dialogmøtet. Det gjøres litt ulikt, men kjernen er det samme:

Ja, leser rapport og ser på oppfølgingsplan og sykmeldinger. Ser om det er notater på samtaler som har vært på forhånd. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Forskjellig. Setter meg inn i saken i forhold til de sykmeldingene jeg har fått, hvor lang tid de har hatt sykepenger... og så om jeg ikke har vært noe i kontakt med de før det, så er det det som er utgangspunktet. De jeg har hatt kontakt med, tar litt om saken da, hva vi skal ta opp på møtet. Noen er åpnere for arbeidsgiver, da er det lettere å si hva en trenger. Noen vil ikke si... (Rådgiver, NAV-kontor)

For det første litt sånn helsemessig ytelsesstatistikk eller oversikt. Om de har vært sykmeldt tidligere, om de har hatt AAP, dagpenger kanskje, hvor lenge de har vært ansatt i virksomheten, hvor stor stillingen er, hva slags type stilling ... (Rådgiver, NAV-kontor)

Da er det jo også å ta ut alt av oppfølgingsplaner, sjekke tidligere fravær eller historikk, på en måte, om det har vært mye fravær grunnet sykmeldinger og grunnet det samme fra tidligere år, hva som har gjort av tilrettelegginger og hva som er forsøkt. Så forbereder man seg i forhold til hva det er man ønsker svar på, og hvordan skal denne personen komme seg, enten øke friskmeldingsgraden sin eller på en måte starte og komme seg tilbake igjen da. Da er det liksom at jeg finner gode spørsmål. (Konsulent ved NAV- kontor)

Jeg forbereder meg alltid og jeg setter meg alltid inn i saken før jeg kommer på dialogmøte, og så kan jeg stille noen spørsmål også, så får jeg vite litt mer underveis. (NAV-konsulent, Sykefraværsoppfølging)

Ut i fra disse svarene virker det som NAV-veilederne forbereder seg grundig til Dialogmøte 2.

Vi spør om det er lett å finne frem til informasjonen de trenger, og de fleste mener det er greit.

Mesteparten av det finner vi i et eller annet fagsystem. Finnes det noen legeerklæringer, lese de. (Rådgiver, NAV-kontor)

7.5.5.2 Dialogmøte 2 - første gang de møter brukeren

I det fleste tilfeller har ikke NAV-veilederen møtt den sykmeldte før dialogmøtet:

Ja, det kan godt være jeg har snakket med dem på telefon, men jeg har sett de færreste av dem. (Rådgiver, NAV-kontor)

Første, og ofte eneste gangen. (Rådgiver, NAV-kontor)

Selv om de har forberedt seg godt, er det ikke alltid de har hatt tilgang på nok informasjon:

Ja, jeg synes det er litt sånn også, legen og arbeidsgiver og den sykmeldte har gjerne møttes tidligere ikke sant, og så sitter man litt der som den som ikke har, og det har vært noen dialogmøter når jeg har følt at jeg ikke har hatt. Jeg har tenkt en ting og så kommer man på dialogmøte, og så stemmer det ikke, og da blir man litt sånn "ja hvordan skal man gripe dette", for da har man jo på en måte forberedt seg litt på en feil ting eller feil så ja. (Konsulent ved NAV-kontor)

Vi spør om tillitsvalgte ofte er med:

Nei. Det er veldig sjelden. Det er hvis det er et eller annet spesielt, konflikt eller... (Rådgiver, NAV-kontor)

7.5.5.3 Hvordan de sykmeldte opplever Dialogmøte 2

Vi spør om de har kontakt med de sykmeldte på forhånd, og får vite at nå skal de sette inn telefonnummer og mailadresse i innkallelsesbrevet slik at brukerne kan ta kontakt. Vi spør om det er mange som tar kontakt og får til svar at det ikke er så mange, men at når de tar kontakt, er det gjerne fordi de gruer seg:

Ja, jeg tror det er litt det, så er det kanskje første gang de møter arbeidsgiver på et halvt år, eller NAV, og så er legen med, og så ... Det er vel det at det er forskjellige roller, ikke sant, så man har kanskje kommunisert én ting overfor legen, en annen ting overfor arbeidsgiver, at det blir litt mange å forholde seg til, da. (Konsulent i SYFO-team)

Jeg tror de fleste synes det er et veldig stressende møte. Med NAV, legen, arbeidsgiveren og kanskje bedriftshelsetjenesten. Og personal. Så det er fire til seks stk. til stede på det møtet, og det handler om den som er syk og som i utgangspunktet synes det er ubehagelig å være borte og har kanskje vært borte i et halvt år. Mange synes det er veldig ubehagelig, tror jeg. (Rådgiver, NAV-kontor)

Flere forteller også at de ofte må veilede den sykmeldte i forhold til rettigheter og plikter, men også at de må støtte den sykmeldte fordi de er skeptiske til møtet:

De som ikke har vært på det før, er redde når NAV kommer inn, de tenker at nå skal vi ta dem, så når jeg sitter der og sier at "Jeg er jo på ditt møte, jeg er jo på lag med deg, jeg skal jo gjerne ha deg tilbake til arbeidsgiver og ønsker at du skal få det bra." - "Å ja?", sier de ... de tror jo vi er ute etter dem, vi er jo ikke det. Jeg tror de synes det er veldig greit å ha et dialogmøte, prate med arbeidsgiver og ... (Konsulent, NAV lokalkontor)

Det hender også at det blir sterke følelser hos den sykmeldte:

Det kan være alt mulig. Det er en stressituasjon i seg selv å sitte der. Og så tror jeg ofte de opplever at når legen er her så er det en trygghet. Legen er en veldig støtteperson for den som er sykmeldt og kjenner situasjonen og alt mulig godt. Og hvis de selv synes det er greit å snakke om sykdommen eller diagnoser og slikt, for det skal du egentlig ikke snakke om, men veldig mange synes det er greit og velger å gjøre det. Da begynner det å bli vanskelig. Da kan de bli satt ut. Men også positivt på en måte, at det ikke nødvendigvis er noe negativt. De opplever at de blir forstått og møtt, at det er en positiv opplevelse. (Rådgiver, NAV-kontor)

Alt i alt opplever NAV-veilederen at det er greit for den sykmeldte å delta på Dialogmøte 2. Ut i fra de svarene vi har fått, ivaretas de sykmeldte i en trygg ramme med en erfaren veileder fra NAV som håndterer situasjonen ut i fra hvilke behov de ulike aktørene har i de ulike møtene.

7.5.5.4 Rolle på Dialogmøte 2

Det at alle involverte møtes oppleves å være viktig med møtet:

Det viktigste er vel egentlig å få alle inn i samme arena, samme rom, så alle vet hva dette dreier seg om. Jeg tror det er av betydning da, hvis man er litt usikker på hva som er hva, at arbeidsgiver, sykmeldte og lege er til stede, sammen med NAV, i samme rom. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi spør hvilken rolle de tar på dialogmøtet, og får ganske like svar fra veilederne. Dette er ganske representativt:

Man blir jo en slags møteleder for å få fram opplysninger som har betydning for saken. (Rådgiver, NAV-kontor).

Det varierer litt da. Jeg tenker egentlig at jeg er en nøytral rolle. Jeg prøver i mest mulig grad å være det. For det er vi jo. (Rådgiver, NAV-kontor)

Jeg tenker at vi for så vidt ikke skal ha noe hovedfokus, det er jo lagt til arbeidsgiver, mye av dette. Og det synes jeg er viktig at fortsetter. Men det er klart at arbeidsgivere har noen ansatte som det er knyttet større utfordringer til, og da burde vi kanskje inn å bistå noe mer, og bevisstgjøre litt, sette litt krav til de som sykmeldes, og til legene, med tanke på varighet og prognoser, og hva de tenker seg er hensikten med sykmeldingen. (Rådgiver, NAV-kontor)

Det er egentlig en ganske spennende rolle da. Det som kan være litt vanskelig er når du samtidig skal notere ned ting som du skal skrive i rapporten etterpå, og så skal du lede møtet, og så er det mye ny informasjon eller noen ganger sitter vi med veldig lite informasjon på

forhånd. Da skal vi prøve å bearbeide den og stille relevante spørsmål og konkludere. Så det kan være litt vanskelig noen ganger. (Rådgiver, NAV-kontor)

Jeg opplever nok ofte det at jeg synes litt synd på ... Ivaretar den som er sykmeldt, for de blir så alene på en måte. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi skal ha helheten og vi skal også skjønnsvurdere. (NAV konsulent, Sykefraværsoppfølging)

Jeg har stram regi, men er det forhold som er av betydning så tar man jo også det opp og vurderer litt og føler litt på det. (NAV-konsulent, Sykefraværsoppfølging)

Ut i fra disse svarene ser det ut som NAV-veilederne har en nødvendig fleksibel tilnærming til sin rolle i dialogmøtene.

7.5.5.5 Fremskynding dialogmøter

Opgaven knyttet til innkalling av dialogmøtet kommer på SYFO-benken ved uke 17. Vi spør om de ofte fremskynder Dialogmøte 2:

Nei. Det er jo litt vanskelig for i mange av de sakene der man definitivt burde vært inn tidligere så kommer det ingenting i systemet som gjør at vi blir klar over situasjonen. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Så hvis det ikke er et klart signal fra ett eller annet sted fra lege eller arbeidsgiver eller hva som helst, så veit vi at da har vi ni uker på oss til dialogmøtet skal være avholdt, sant det er jo ingen indikasjoner, ingen verdens ting. Problemet er gjerne det at arbeidsgiver kommuniserer gjerne ikke med lege. Har gjerne heller ikke sendt kopi av oppfølgingsplan til lege. Så legen veit heller gjerne ikke om at her burde det være et hint om ett tidligere dialogmøte som burde vært avholdt. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Vi fremskynder det ikke hvis ikke arbeidsgiver eller lege har anmodet oss om å gjøre det. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Nei. Men der hvor legen skriver på sykmeldingen, eller arbeidsgiver kontakter oss og har skrevet at han ønsker bistand fra NAV på oppfølgingsplan, så er veldig ofte den bistanden at de ønsker å framskynde Dialogmøte 2. Da tar vi det. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Det kan sikkert ha vært brukt mer, men det er mange ganger det ikke burde vært brukt. For det er altså forhold som egentlig ikke angår NAV, men det er på grunn av uvitenhet hos legen og arbeidsgiveren, og så ber de NAV om bistand. Enten at det er såpass touchy at dette vil vi helst ikke ta i ... (Markedskordinator, NAV-kontor)

Ja, det kommer litt an på når i sykepengetilfellet det er. Hvis det er mellom "åtteukeren" og Dialogmøte 2, så har vi jo ingen kontakt med dem hvis de ikke ringer til oss. Eller at arbeidsgiver ringer til oss, eller legen ringer og sier "Jeg prøver, men jeg klarer ikke å få dem ut i jobb, hva skal vi gjøre her?". Da går jeg inn og vurderer hva som har stått på sykmeldingene, og så sjekker jeg om jeg har fått den oppfølgingsplanen, ser hva som står på den, og hvis det ikke er noen ting da, så spør jeg gjerne arbeidsgiver om en ny oppfølgingsplan, ikke sant. Da må jeg eventuelt sette en reg. henvendelse på ... (Konsulent, NAV lokalkontor)

Altså så ofte ser vi ikke, og vi får ikke noe melding om at det er kommet inn noe oppfølgingsplan og ni ukers rapport, annet enn hvis arbeidsgiver har krysset av for at de ønsker bistand for eksempel. Så ofte så ser vi ikke oppfølgingsplanene og ni ukers-rapporten før vi

begynner å forberede oss til Dialogmøte 2, ikke sant, men jeg ser jo at, vi går jo gjennom oppfølgingsplanen i dialogmøtet og ser at oppfølgingsplanen er veldig dårlig, så tar vi jo det opp. (Rådgiver, NAV-kontor storby).

Det ser altså ikke ut til at disse veilederne har kapasitet til å fremskynde Dialogmøte 2. Dette stemmer godt med det vi fant tidligere i kapittelet – NAV kommer sjelden inn før det har gått åtte uker om ikke noen ber om bistand. Det skjer altså det samme mellom åtte uker og 26 uker.

7.5.5.6 Dialogmøte 2 - mengde

Mange veiledere går på mange dialogmøter og har mye erfaring å dele med oss:

Jeg har jobbet med det i snart to år. Det blir jo noen. Kanskje et par hundre. (Rådgiver, NAV-kontor)

Bare på å ha en egen portefølje. Ja hvor mange kan det være - ett par i uken kanskje sånn gjennomsnittlig. (Konsulent ved NAV-kontor)

Alle vi har snakket med har to til fire dialogmøter i uken. Vi har forsøkt å finne ut hvor lang tid en veileder bruker på et dialogmøte og vi tror en rimelig mengde er tre til fire timer inkludert forberedelse, selve møtet og reisetid (80 prosent er på arbeidsplassen), og etterarbeid med referat.

7.5.5.7 Hvor avholdes dialogmøtet

Vi spør hvordan det er å ha Dialogmøte 2 på arbeidsplassen, og det er stort sett positive erfaringer med det:

Jeg synes også det er veldig nyttig, jeg synes vi får gjort mye når vi først kommer oss ut. (Konsulent i SYFO-team)

Jeg er veldig opptatt av at vi skal ut da, for jeg tenker at det ligger veldig mye bra markedsarbeid i det å være ute, og det er en av de få arenaene hvor vi faktisk kommer oss ut. Jeg synes også det er nyttig, jeg lærer veldig mye ved å være rundt ute i bedriftene kontra å ha møter på kontoret her. (Konsulent i SYFO-team)

Ja, ser litt, og får gjerne litt omvisning, og så er det gjerne en arena etterpå hvor du kan snakke litt med arbeidsgiver om andre ting ... (Konsulent i SYFO-team)

Å ha Dialogmøte 2 på legekantoret er ikke så populært:

Så ja når man kan ha det på deres kontor og når det er avtalt på forhånd, så er det ikke noe vanskelig, og så er det jo det at man skal jo egentlig ha sykefraværsoppfølgingen i bedriften, ikke sant, sånn at ja ... (Konsulent ved NAV-kontor)

Det er ikke alltid legekantoret har nødvendige fasiliteter til å avholde Dialogmøte 2 heller:

Så lenge de har et kontor som vi kan sitte på, synes jeg det er like greit, det spiller egentlig ingen rolle. Jeg synes det er verre å sitte ... når den ene skal sitte i gynekologstolen og den andre på en krakk, litt sånn spredt, og jeg sitter her og holder møte og skriver, det synes jeg er lite tilfredsstillende. (Konsulent, NAV lokalkontor)

De har ikke tid, de reiser ikke ut. Nå er det jo andre muligheter òg, vi kan jo ta en telefon eller prøve å få til ... Jeg ser også at flere og flere møter foregår på legekantoret. (Konsulent i SYFO-team)

Vi spør om det er greit at Dialogmøte 2 avholdes på legekantoret og får til svar:

Nei, det synes jeg ikke i det hele tatt, for jeg tenker at du får en sånn arena hvor det syke havner i sentrum. Du sitter på et venteværelse sammen med mange syke mennesker, du går inn til en lege som sitter i hvit frakk... Jeg merker at dialogen blir helt annerledes på et legekantor kontra på en arbeidsplass, det blir mer medisinsk fokus. Pluss at de får jo betalt for å reise ut eller for å delta på andre måter, og det gjør ikke arbeidsgiver, så for dem så er det et tap når de må dra fra arbeidsplassen og bruke mye tid, og da gjerne også sitte å vente på legekantoret og ikke komme inn til tida. (Konsulent i SYFO-team)

Det ser altså ut til at disse NAV-veilederne klart mener det er best at Dialogmøte 2 avholdes på arbeidsplassen. Alternativt hos NAV og sistevalg er hos legekantoret.

7.5.5.8 Dialogmøte 2 – effekt

Vi har også bedt respondentene forsøke å angi hvor stor andel av dialogmøtene de har hatt ett bidrag som påvirker utfallet av sykmeldingen. Svarene varierer fra 30-50 prosent, men dette er selvsagt vanskelig å svare på. Vi har også forsøkt å få mer kvalitative svar på effekten av Dialogmøte 2:

Nei altså, ofte kommer jo disse her "raskere tilbake"-tiltakene gjerne i kraft av Dialogmøte 2, ikke sant, og at man kan få til dialog om, og bli enig om hvordan forholdene ligger til rette for at man kan prøve en tilrettelegging. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Det kan være veldig oppklarende at man får nøstet i alle trådene, alle aktørene møtes, så får man veldig klarhet i bildet. Kanskje arbeidsgiver ikke var klar over situasjonen, kanskje legen ikke var klar over hvilke muligheter som var i bedriften. Er ikke de klare over hvilke muligheter vi har å tilby. Det kunne vi gjort mye tidligere hvis det var en arena for det. Litt derfor jeg tilbyr meg å være med på Dialogmøte 1. (Rådgiver, NAV-kontor)

Konkret plan om hva som skal gjøres videre, det er jo forskjellig fra sak til sak, enten det er videre behandling, noen går helt tilbake ... få kartlagt om dette går mot en uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger. (Rådgiver, NAV-kontor)

Jo, var på et dialogmøte senest i går, skisserte tre forskjellige løsninger, aktørene ville ikke ha sett de hvis ikke de hadde hatt det møtet. Legen hadde en idè, arbeidsgiver, i tillegg var dette en person som var meldt inn i arbeidsrettet ... da var den veilederen der også med på det møtet, og da var det veldig mange ideer som kom fram, mulige veier å gå. (Rådgiver, NAV-kontor)

Jobbskifte er en naturlig ting å ta opp – skal du tilbake eller tenke annerledes? Og er det unaturlig å ta opp i møtet fordi det er trykket stemning, så er det veldig aktuelt å kalle inn personen til en 'en til en'-samtale på NAV. (Rådgiver, NAV-kontor)

Jeg har jo egentlig inntrykk av at folk vil tilbake igjen i jobb, men så er det noen som får den der "litt skummelt å gå tilbake", hadde en annen som ikke helt klarte å komme i gang selv om vi hadde en avtale etter dialogmøtet, så ringer hun etter en stund. Ser du ikke har kommet tilbake

i jobb, hva ... jo, var satt en dag, og så var hun ikke den klar den dagen, så måtte hun prøve. DA kom hun i gang. Den oppfølgings samtalen der som fikk henne i gang. (Rådgiver, NAV-kontor)

Noen ganger skjer det jo ikke så mye, så det er et utfall ... Andre ganger ser jeg f. eks. at her må det en avklaring til, vi må lande på noe, om du skal være eller om du skal videre, noen ganger er det nok at jeg kommer og realitetsorienterer brukeren litt, om hvordan ... Et eksempel, jeg var i en produksjonsbedrift her om dagen, og da var det snakk om at han kunne ikke være i den jobben han var i nå, han måtte over i noe annet, og de skulle se om de fikk til noe annet på det stedet, men det betød at han måtte over i en skiftordning, og det ville han ikke. Når jeg da forklarte at hvis han kom inn under NAVs vinger så måtte han forholde seg til at han kanskje måtte jobbe skift, og i tillegg kanskje flytte på seg, dette med mobilitet. Da endret han innstilling totalt til å jobbe skift internt i bedriften og ønsket at de skulle se på den muligheten. Og det betød igjen at han ble værende, og at de fikk til en løsning internt, i stedet for at han havnet hos oss. (Konsulent i SYFO-team)

Det har jeg jo ingen nøyaktig statistikk på, noen ganger er det veldig vanskelig, hvor legen er helt uklar, og det er kanskje ikke mulig å mene noe om f. eks. en typisk kneleddsartrose, om de skal operere eller ikke, det er kanskje åtte uker før man vet noe om effekten av det, og så spør jeg legen "Ja, hva tror du om prognosen, da? Hva kan vi forvente?" og legen sier at "Nei, det er helt umulig å si." Da er det ganske ... Man sitter i en del sånne typer møter, som da virker helt meningsløse, bortsett fra at vi får avklart at det er helt umulig å si noe, ifølge medisinsk sakkyndig. Og så har vi de som man er litt tøffere på, og sier at "Dette kan du ikke fortsette med, jeg ser at dette går ikke, her må du bare tenke nytt". Det er vanskelig å si, jeg vil ikke tallfeste det, altså. (Rådgiver, NAV-kontor)

Jeg føler at jeg kommer et skritt videre når jeg er ute i dialogmøte, stort sett, men noen ganger er det også slik at det avhenger av det medisinske, og at de må gå lenger, og vente, eller... Det er mye venting på hva som skal skje videre medisinsk, om det er på en MR-prøve, eller en operasjon, eller ... det er mye sånt. (Konsulent i SYFO-team)

... om det hjelper det [...] jeg tror jo at arbeidsgiver og arbeidstaker blir hørt og tatt alvorlig, og bruker virkemidler, og jeg tror det hjelper og jeg tror at de føler at det er positivt, men jeg har til gode å vite. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Selv om de fleste mener at Dialogmøte 2 er viktig, er det noen som er kritisk til at det skal gjennomføres for alle sykmeldte:

Heller å plukke ut noen hvor det er hensiktsmessig. For det å skulle gjennomføre alle slik som vi gjør nå, det er helt meningsløst. (Rådgiver, NAV-kontor)

Når vi begynner å spørre hva som skjer etter Dialogmøte 2, er det mange som kommer inn på manglende eller usikker effekt av tiltakene de bruker:

Vet ikke. Det er mitt største tankekors. Hva som skjer etter Dialogmøte 2. I de tilfellene vi bestemmer oss for å sende personer på avklaring gjennom tiltaksbedrifter og sånt noe, så får vi rapporter, da kan vi følge litt med. Men i de andre tilfellene hvor vi blir enige om at de skal gjøre sånn og så får vi håpe det går bra. Men gjør det det? (Markedskordinator, NAV-kontor).

Vi får inntrykk av at det skjer lite oppfølging etter Dialogmøte 2. Da er neste NAV punkt 12 måneder.

Vurdering av effektene av de ulike tiltakene som de sykmeldte sendes på, må gjøres i et eget prosjekt, men flere av respondentene sier det er liten hensikt å sende folk på ulike tiltak – dette vet

ofte NAV-veilederen før de sender de dit, men de har ikke den optimale verktøykassen i forhold til de sykmeldtes behov og må bruke det de har.

Et annet forhold som ofte kommer opp i intervjuene som vi ikke har fått undersøkt, er andel som er sykmeldt som venter på ett eller annet. Det er tidligere funnet at det ikke er så stor andel av de sykmeldte som står i kø for behandling, men vi ser at det kan være mange som står i kø og venter på utredning eller ulike undersøkelser. Vi er usikre på om noen har undersøkt dette.

7.5.6 Dialogmøte 3

Vi har lite informasjon om Dialogmøte 3. Noen sier de ikke har erfaringer med Dialogmøte 3, mens andre sier dette er et svært viktig møte, og at de avholder det alltid før sykepengere rettigheten løper ut ved 52 uker og det er snakk om overgang til AAP:

Dialogmøte 3 synes jeg ofte kommer opp som ett sånt forarbeid der arbeidsgiver sier hjelp, og vi sier maks dato og vedkommende vil være her, og hva kan vi gjøre for at vedkommende kan få bli hos oss, og så tenker vi kobling til de som jobber med AAP, og kan vi ha ett møte felles også går de ofte inn og har ett møte med den sykmeldte, men der arbeidsgiver blir med (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Sannsynligvis tas Dialogmøte i 3 i forbindelse med overgang til AAP, men at noen mener det derfor er veldig viktig, eller om det kan være mulighet for fortsatt å bli friskmeldt, har vi ikke så mye informasjon om.

Det at det ikke gjøres en arbeidsevne vurdering før man skal gå over til AAP er også merkelig, dette burde sannsynligvis vært gjort i forkant av Dialogmøte 2:

Arbeidsevnevurdering er helt genialt, vi kan ha det på mange forskjellige punkter i tidslinja. Arbeidsevnevurdering har blitt en kjempedebatt. I markedsteamet ville de ikke begynne. Jeg ville innføre det med en gang jeg begynte der, og jeg brukte arbeidsevne og funksjonsevne, altså det er det som er moro å jobbe med, på en habil måte. I forhold til AAP, det som var greia da var at vi fikk ikke de tiltakene vi trenger i forhold til sykefraværsoppfølging. Den tiltakspakken ligger etter arbeidsevnevurderingen. (Rådgiver, NAV-kontor)

7.6 Andre utfordringer i dagens system

7.6.1 Sykmeldte uten arbeidsgiver

NAV har hovedansvaret for oppfølgingen av sykmeldte uten arbeidsforhold, og disse skal som hovedregel følges opp som andre brukere uten arbeid. Gruppen omfatter eksempelvis personer som har gått ut en kontraktsperiode eller et vikariat mens de mottar sykepenger, samt registrerte arbeidssøkende som har blitt sykmeldt (for eksempel dagpengemottakere). Sykmeldte selvstendig næringsdrivende og enkeltpersonforetak skal som hovedregel også følges opp som sykmeldte uten arbeidsgiver, ettersom de ikke har en arbeidsgiver med oppfølgingsansvar, men vil ofte kunne vende tilbake til sitt tidligere arbeid ved sykefraværets utløp. Som hovedregel skal oppfølgingsvedtak etter NAV-lovens § 14a iverksettes innen 12 ukers sykmelding. Dette for at oppfølgingen i størst mulig grad skal være lik oppfølgingen for sykmeldte med arbeidsgiver. Oppfølgingsvedtak og aktivitetsplan ivaretar kravet om oppfølging for disse brukerne. Tidspunktet og omfanget vil avhenge av brukers

helsetilstand og/eller andre forhold som påvirker muligheten til å delta i arbeidsrettet aktivitet/komme tilbake i arbeid.

Vi har ikke spesielt sett på NAV sin praksis i forhold til de uten arbeidsgiver, men på de kontorene vi har vært, har dette naturlig kommet opp som et tema. Det var litt uklarhet vedrørende hvilke tiltak som kunne benyttes for denne gruppen, og de sa litt forskjellig:

Ja, vi kan bruke de samme tiltakene som brukes på arbeidssøkere. De som er sykmeldt av ordinær avklaring og ordinær oppfølging, pluss at vi har et senter for jobbmestring. De tiltakene kan vi bruke for de som ikke har arbeidsforhold. (Rådgiver, NAV-kontor storby)

Nei, selvstendig næringsdrivende er for så vidt greit, de skal tilbake igjen til jobben sin, du skal bare snakke med dem, skrive en oppfølgingsplan eller aktivitetsplan og sånne ting ... (Konsulent, NAV lokalkontor)

Flere var opptatt av at dette var en stigmatisert gruppe:

De betaler ikke arbeidsgiveravgift, og jeg mener at de blir stigmatisert, for det er ingen som gidder å bruke tiltak på dem. Og veien inn til å bli arbeidsgiver er faktisk å begynne som eneeierforetak. Så skal vi snakke egenetablering og nyskaping, så må NAV sende noen helt andre signaler til eneeierforetak, i forhold til at vi viser dem at vi ser dem og verdsetter engasjementet deres. Men det er helt motsatt. Det offentlig møter eneeierforetak som om de trikses og er skattesnyltere, og det er bare tull, for alle er ikke sånn. Min erfaring er at 90 prosent er ryddige mennesker som virkelig vil bidra, og er kjemperessurser som vi trenger å ha i organisasjonen. (Rådgiver, NAV-kontor)

De har jeg endelig nå fått ett tiltak til for, de har også vært nedprioritert. Jeg har jobbet med attføring i åtte år, og når jeg kom og pratet om prosesser i 2002, så var det ingen som skjønnte hva jeg snakket om. (Rådgiver, NAV-kontor)

Ja, de kommer jo opp i Arena, på "oppfølging sykmeldte uten arbeidsgivere". Da går jeg inn i Infotrygden for å se ... først sjekker jeg om de sender meldekort, hvis ikke de gjør det, så sjekker jeg på Infotrygd. For de sender jo gjerne inntekts- og skatteopplysninger, de som er selvstendig næringsdrivende, mens det gjør ikke de som er arbeidsledige. (Konsulent, NAV lokalkontor)

Det kan i alle fall se ut som de uten arbeidsgiver i mye større grad blir fulgt opp av NAV nå enn tidligere. Tall fra Arbeids- og velferdsdirektoratet viser at det i alt er ca. 12 000 sykmeldte uten arbeidsgiver som har passert 12 ukers sykmelding i perioden mars-desember 2012. Mellom 19-23 prosent i gruppen sykmeldte uten arbeidsgiver som passerer 12 ukers sykmelding har fått et oppfølgingsvedtak i den samme perioden.

7.6.2 For lav bemanning til å løse oppgavene og NAV kommer for sent inn

Dette har vært et tema i alle intervjuene vi har hatt. Det er store forventninger til hva enkeltpersoner skal rekke å vurdere på de ulike tidspunktene, og derfor blir det veldig vanskelig å få tid til å komme tidlig inn:

Jeg tenker at det er nettopp det vi lar dem gjøre nå, det går jo så lang tid nå at vi ikke kaller dem inn - med noen unntak, selvsagt - men de fleste går ganske lenge, til tross for at vi ikke har alt for mange opplysninger om dem, og det kommer litt fordi antall oppgaver inn på kontoret her er så høyt at vi ikke rekker å gå så mye i dybden før du begynner å forberede et møte. (Rådgiver, NAV-kontor)

Deltakelse på dialogmøtene hos arbeidsgiverne er ikke noe de er lovpålagt å gjøre, det er derfor vanskelig å kunne prioritere dette i en travel hverdag:

Vi har relativt mange merkantile oppgaver. De som kommer på Syfo-benken. Det er ting som vi må ta fortløpende. Og så har vi det som er pålagt, disse Dialog 2-møtene. Og så er vi også pålagt å bistå og gjennomføre Dialog 3-møter i sykefraværsoppfølging, og det går det en del tid til. Og så ser jeg at arbeidsgiverne ønsker stadig at vi deltar oftere på Dialog 1-møter. (Markedskordinator, NAV-kontor)

Ja, det burde de kunne gjøre. For vi har mulighet til å se andre muligheter. Hvis man ser at dette er noe som kommer til å utvikle seg, og at vi ikke kommer til å finne en god løsning, så sier det seg nesten selv at vi burde være med. (Avdelingsleder, NAV-kontor)

Hvis det er litt klare saker hvor NAV absolutt bør inn, hvis det f. eks. er en som er på vei ut, som vi ser vil bli gående lenge sykmeldt ... Hvis det er litt arbeidskonflikt kanskje, nå skal vi jo ikke gå så veldig inn i dem heller da, men ... (Konsulent i SYFO-team)

Ja, mm. Men det er sjelden jeg er ute på Dialogmøte 1, og det har med tid å gjøre rett og slett. Jeg må på en måte prioritere Dialogmøte 2. (Konsulent i SYFO-team)

De aller fleste vi har snakket med, mener at de kunne hatt mye større effekt om de kom tidligere inn i sakene.

Dersom man mener alvor med å komme tidlig inn for å unngå at folk skal bli avhengig av langvarige ytelser, bør sannsynligvis ressursfordelingen internt i NAV-kontorene være i samsvar med dette. Det betyr å øke bemanningen på sykmeldte for å hindre at de går over på AAP.

De aller fleste vi snakker med mener de kunne gjort mye mer på et mye tidligere tidspunkt om de hadde hatt flere å dele oppgavene med. Nå må de bare gjøre det de skal, eller med andre ord, det de blir målt på.

7.6.3 Effekt av målekort

Flere forteller oss at de har fått beskjed om at Dialogmøte 2 ikke skal prioriteres så hardt lenger. Vi forstår det slik at dette ikke skal være med på målekortene mer, fordi man fra sentralt hold ønsker fokus på å komme tidligere inn i sykmeldingen. Vi spør om hva de har tenkt å gjøre når det skal bli fokus på å komme tidligere inn.

Vi har forstått at et nytt punkt på målekortet skal være å redusere gjennomsnittlig fraværslengde på de lange fraværene fra 50-35 uker. Noen tolker det slik:

Ja, og at vi kommer til å bli målt på om de er tilbake innen 35 dager eller ikke. (Konsulent i SYFO-team)

Vi spør litt mer om dette og får som svar:

Nå husker jeg ikke hvordan det der var.. Det har kommet nytt nå nettopp. Og det tenker jeg at er spennende, at du går fra disse kvantitative målene, til litt mer effekten, om man faktisk ser om det har noen effekt det vi holder på med. (Konsulent i SYFO-team)

De sier de skal bli strengere, og vi lurer så på hvilke vurderinger de skal gjøre på en annen måte enn tidligere:

Vi gjør jo på en måte det samme, vi er jo så enkle vi mennesker at på det punktet vi blir målt på, der legger vi inn trykket. For vi får beskjed fra vår sjef, at vi ikke er grønn på målekortet, hva kan vi gjøre. Så gjør vi det og det og så blir vi grønn. Og da legger vi vekten vår på Dialogmøte 2 nå, men det vil jo nå flyttes til åtte ukers-stansen ... og jeg tror åtte ukers-stansen sånn samfunnsmessig og økonomisk, så vil jo det være riktig å legge trykk på, så det tror jeg ... (Førstekonsulent, relativt stort NAV-kontor)

Som vi har vært inne på tidligere, betyr dette i praksis å stoppe sykepengene til flere sykmeldte. Det er effektiv styring av NAV-kontorenes aktivitet fra direktoratet, men de har opplagt et stort ansvar og en vanskelig oppgave med å velge de riktige aktivitetene de skal øke trykket på.

7.6.4 Arbeidsevnevurdering gjøres for sent

Arbeidsevnevurdering gjennomføres om den enkelte selv, eller ved at NAV mener det er grunn til å tro at arbeidsevnen er nedsatt. Hvis du søker om arbeidsavklaringspenger, kvalifiseringsprogram eller uførepensjon skal det gjennomføres en arbeidsevnevurdering. Dette gjøres gjennom at brukeren gjør en egnevurdering i tillegg til at det gjennomføres en samtale med veileder for å gå gjennom de forholdene som påvirker arbeidsevnen.

Gjennom intervjuene har vi forstått at arbeidsevnevurdering stort sett ikke gjøres før man søker arbeidsavklaringspenger:

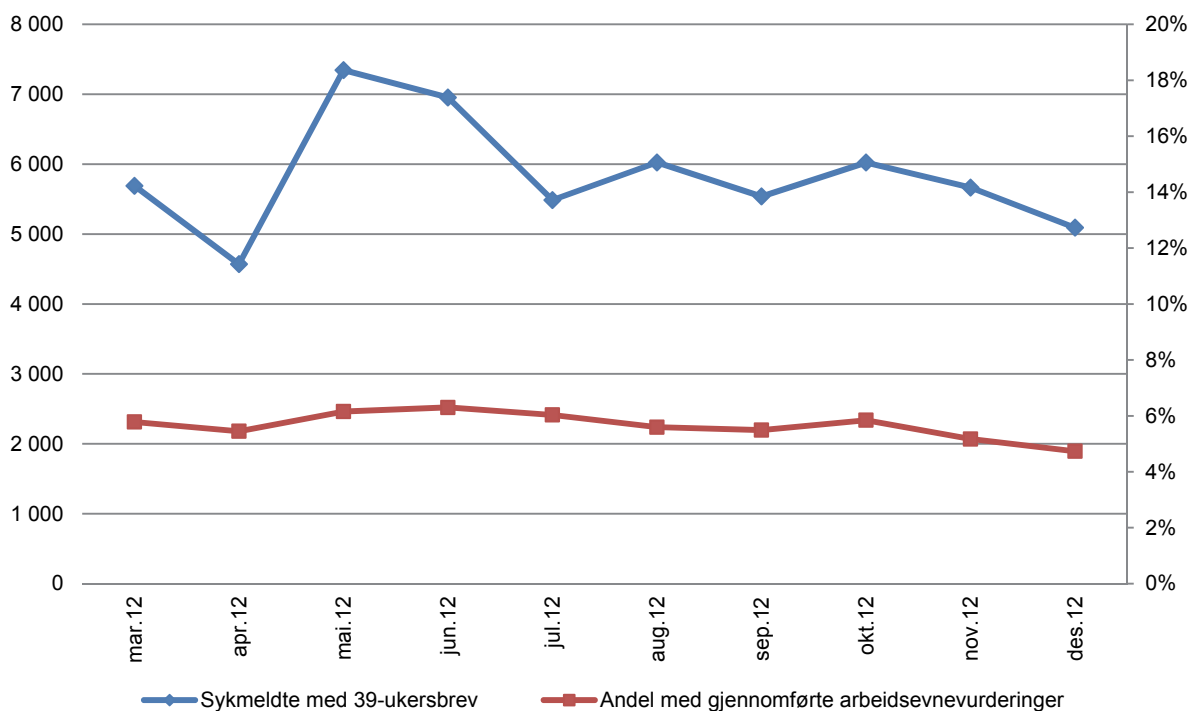
Det blir ikke gjort før folk egentlig søker AAP, slik som systemet er. Det blir helt bak. (Rådgiver, NAV-kontor)

Andre ser at dette ikke er effektivt fordi det som oftest byttes saksbehandler ved overgang til AAP fra sykepengene:

Tenker på å gjøre dobbeltarbeid også, for de sakene jeg jobber mye med, de jeg er veldig godt kjent med, de brukerne, om det da går mot arbeidsavklaringspenger, så er det en annen som skal ha den inn til en arbeidsevnevurdering for å se om de fyller vilkårene, og da tenker jeg at dette er jo noe dobbeltarbeid. En annen person som må sette seg inn i saken, enn om jeg bare hadde skrevet den arbeidsevnevurderinga. Har jo den kompetansen på inngangsvilkårene i 11-5. Så der kunne vi ha kortet inn mye tid, tenker jeg, også det å tørre å kjøre imot å avklare i forhold til uføre i stedet for å kjøre gjennom arbeidsavklaringspenger. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi antar det gjøres analyser på gjennomstrømning i AAP etter hvert fra direktoratet, da vil vi jo se om det er mange som går videre over på uførestønad. Analyser som viser hva som kjennetegner disse, kan bidra til en bedre sortering inn i AAP.

Fra AV-dir. har vi fått tall på andel med arbeidsevnevurderinger blant de som har vært sykmeldt over 39 uker. Som figuren under viser er dette rundt 5-6 prosent.



Figur 7.6 Andel med arbeidsevnevurdering blant de som har vært sykmeldt over 39 uker. Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Direktoratet konkluderer også med at de fleste får en arbeidsevnevurdering i forbindelse med at en overgang til AAP vurderes, dvs. mot slutten av sykepengeperioden. De sier også at det ikke kan utelukkes at det også er en del som får en arbeidsevnevurdering tidligere i sykmeldingsperioden, for eksempel i forbindelse med vurdering for tiltak, men som friskmeldes før 39-ukersbrevet sendes ut.

Blant våre respondenter er det i alle fall svært sjelden det gjennomføres en arbeidsevnevurdering tidligere i løpet av sykepengeperioden, men det kan godt være noen som gjør det.

Vi foreslår at det skal gjøres en arbeidsevnevurdering i forbindelse med Dialogmøte 2 der NAV-veilederen vurderer at dette er nødvendig. Vi mener også at det må gjøres en avklaring på Dialogmøte 2 i forhold til hva som skal skje videre. Da er det nødvendig med en arbeidsevnevurdering.

7.6.5 Fanges i sykepengeytelsen?

Vi mener det er grunnlag for å undersøke videre hva som skjer konkret mellom Dialogmøte 2 og stoppdato for sykepengerettigheter, og det gjøres sannsynligvis en del analyser i direktoratet på dette området.

En av årsakene til at de sykmeldte blir gående sykmeldt handler om ytelse:

Men hvis man da i en tidlig periode i sykefraværet finner ut at det er en person som ikke kan fortsette i yrket sitt, ikke har mulighet til å komme tilbake i den jobben eller andre typer jobber uten nærmere oppfølging og arbeidsrettede tiltak hos oss, så kan de godt søke på et tidligere tidspunkt og beholde sykepengene sine som høyeste ytelsen. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi lurer på hvorfor det er slik og får forklart:

Tenk deg en person som skal gå og restituere seg, og målet er og egentlig komme tilbake i den jobben. For eksempel en som har amputert et bein. Han blir jo ikke bedre om han går på sykepenger, men kan ikke fortsette som snekker. Da kan han komme raskere ... hvor man setter inn tiltak for å komme inn i en annen type jobb. Arbeidsavklaringspenger, da er det tre vilkår for aktivitetsplan. At du går i behandling eller er med i arbeidsrettede tiltak med jobb, eller en kombinasjon av disse, eller at det medisinsk sett er kun ro og hvile som gjør det bedre. Typisk en ME-pasient. (Rådgiver, NAV-kontor)

Vi synes ikke vi får frem noe godt bilde på hva som skjer i denne perioden, men arbeidsgiverne mener typisk at her skjer det lite. Vi tror man får en avklaring og kan jobbe målrettet med de som skal tilbake til jobb ved å sette kriteriet om at det skal gjøres en avklaring på Dialogmøte 2.

NAV-ansatte som arbeider med oppfølging av sykmeldte har stort sett kun kontakt med den sykmeldte i Dialogmøte 2. Dersom det skal settes unntak for flere Dialogmøte 2, er det fare for at enda flere går over på AAP uten at effektive tiltak settes inn i mellomtiden. Det bør i det minste være gjort en arbeidsevnevurdering i forbindelse med Dialogmøte 2.

Vi har konkludert med at det tiltaket som mest sannsynlig kan gjøre sykefraværsoppfølgingen i NAV mye mer effektiv, handler om sortering av sykmeldingssakene på et tidlig tidspunkt. Da blir de som skriver ut sykmeldinger viktig, og vi avslutter kapittelet med å se på samarbeidet mellom leger og NAV.

7.7 Samarbeid mellom leger og NAV

Det helt sentrale i NAV sitt arbeid med sykefraværsoppfølgingen er samarbeidet med fastlegene til de som blir langtidssykmeldt. I områder der det er utviklet et godt samarbeid mellom de lokale NAV-kontorene og fastlegene, synes det som om sykefraværsoppfølgingen gjøres mer effektivt. Der synes ikke veilederne i NAV at de skal gå inn og overprøve legens vurderinger, og legene er sannsynligvis også flinkere til å begrunne sykmeldinger. Der lege-/NAV-samarbeidet beskrives som dårlig, er det mange dårligere begrunnede sykmeldinger, og det er også stor mistro til legene og de vurderingene som gjøres. Dette er en ond sirkel, fordi jo mindre NAV-veilederne stoler på legene, jo mer medisinsk dokumentasjon krever de av legene og jo mer opplever legene at NAV er en kontrollør og ikke en samarbeidende instans. Det synes å være vanskelig å komme ut av en slik situasjon uten at det gjøres skikkelige satsinger, for når NAV innkaller til samarbeidsmøter med fastlegene er det svært få som stiller opp dersom forholdet til NAV er dårlig.

I flere områder der NAV-/legesamarbeidet er godt utviklet, har de fått til et systematisk samarbeid med legene. Da er ofte NAV-legene en viktig pådriver for samarbeidet.

Det er helt sikkert mange steder samarbeidet mellom legene og NAV er godt. Larvik trekkes ofte frem i denne sammenhengen fordi de har gått et steg videre i samarbeidet og etablert rutiner for at legen skal ha en sorteringsfunksjon av sykmeldinger inn i NAV. Vi skrev også om dette i forrige rapport (se Ose et al., 2012), og da konkluderte vi på følgende måte:

I dag får i praksis NAV oversendt alle sykmeldinger på samme måte. De må gjøre en sortering av disse i forhold til prioritering, hvilke tiltak og hvordan tiltakene skal iverksettes. I dag er det NAV som i stor grad gjør denne prioriteringen. Spørsmålet er om det er de som er best i stand til å gjøre disse vurderingene. Flere av våre respondenter mener den medisinske kompetansen i NAV må økes. Er dette en riktig utvikling, eller kan legene i større grad bidra til denne sorteringen og dermed hindre dobbeltarbeid med sykmeldingene. Sannsynligvis er fastlegene godt i stand til å vurdere hvilken type oppfølging den enkelte sykmeldte trenger, og kan for eksempel gi melding til NAV om dette er et tilfelle som går av seg selv uten behov for tiltak hverken fra NAV eller andre, og om dette er noe arbeidsgiveren bør kunne klare å tilrettelegge for, kanskje med bistand fra NAV. Dette er allerede forsøkt i et prosjekt i Larvik som kalles 1-2-3-4, der legen på en enkel måte krysser av for 1, 2, 3 eller 4 der tallkoden viser følgende situasjon:

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

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

NAV Arbeidslivssenter har over mange år utviklet god kompetanse som bør kunne brukes om NAV har en slik rolle. De har sterk virksomhetsforståelse og de har godt rykte i mange områder av landet. De vil også kunne samarbeide med Arbeidstilsynet, bedriftshelsetjenesten og andre relevante aktører.

Arbeidsgiverne vil fortsatt ha behov for kontakt med legene, og legene bør derfor i større grad benytte avventende sykmelding, gradering av sykmeldingene og ikke minst bør de fylle ut del C på sykmeldingsblanketten. Dette kan også få legen til å bli mer bevisst arbeidsgivernes behov

uten at en kanskje trenger å skrive annet enn forventet varighet av helseproblemene. Om legen får mulighet til å bruke et system som 1-2-3-4 eller liknende i sin kommunikasjon med NAV, og at dette følges opp av NAV, vil det i mindre grad komme gjengangere med stadige behov for nye sykmeldinger. Sakene kan få en løsning. Der det er behov, og legen føler han eller hun har noe å bidra med, bør legen delta på dialogmøte. Arbeidsgiverne på sin side bør kommunisere med legen gjennom feltet på baksiden av del C av sykmeldingsblanketten. Dette er en ryddig form for kommunikasjon der pasienten er til stede og ser hva som skrives. Om ikke legene følger opp dette, må de forvente fortsatt stort behov fra arbeidsgiverne om kontakt med legen som sykmelder deres ansatte.

Det var konklusjonen i forrige rapport. Vi har nå vært i Larvik og gjort intervjuer med de som jobber på sykefraværsoppfølging ved NAV-kontoret. I Larvik virker det til å være et godt samarbeid med legene som ligger i bunn. Andre steder vi har vært, er det ikke grunnlag for et prosjekt som i Larvik fordi samarbeidsrelasjonene ikke er godt etablert. En fra et annet NAV-kontor enn i Larvik, har derfor en helt annen oppfatning av prosjektet enn de fra Larvik:

1-2-3-4 er en fallitterklæring i forhold til å kommunisere mellom lege og NAV, for vi har noen leger som er litt verstinger når det gjelder å ikke skrive noe som helst, og det er jo en gavepakke til dem å bare kunne sette et to-tall, "La ham være i fred", liksom, fingrene av fatet ... (Rådgiver, NAV-kontor)

Pådriverne i Larvikprosjektet sier denne effekten er helt motsatt. At 1-2-3-4 ikke gir legene en blankofullmakt, men heller motsatt. De ansvarliggjøres i mye større grad og legens beslutning blir synlig for alle. NAV og arbeidsgiverne får flere opplysninger de kan handle ut i fra. Samarbeidet i Larvik er også i stadig utvikling. Vi hører om at de nå arbeider med å utarbeide en utredningsrutine for de som ser ut til å bli langvarig sykmeldt. Hva skal man prøve og i hvilken rekkefølge? Hvordan redusere ventetiden til utredning effektivt (hvem undersøker for eksempel fritt sykehusvalg, pasienten gjør det ikke og forventer at legen gjør det, legen har ikke tid). Dette er spennende tanker og det er denne type samarbeid som kan gi effektive tiltak og god hjelp for pasientene.

Det handler altså om grunnleggende lokale samarbeidsrelasjoner som noen steder ikke er på plass i det hele tatt. Som vi konkluderte med i forrige rapport: det ligger et potensial i dette prosjektet som må vurderes sentralt om man vil finne gode og effektive løsninger i forhold til oppfølging av sykmeldte.

Sorteringen fungerer svært dårlig i dagens system, og det er ikke effektivt at NAV-veiledere uten medisinsk kompetanse sitter og overprøver medisinske vurderinger fra legene. Det faller utenfor prosjektet å gå grundig inn på samarbeidsformer og mulige modeller for samarbeid mellom NAV og legene, men vi mener bestemt at det er i denne relasjonen potensialet for effektivisering i systemet for oppfølging av sykmeldte ligger.

7.8 Oppsummering

I dette kapittelet har vi sett på NAV sin rolle i oppfølgingsregimet. NAV har en stor rolle og er sannsynligvis den aktøren som sammen med legene kan utgjøre den største forskjellen i sykefraværsoppfølgingen, både direkte og indirekte.

Oppfølging av sykmeldte som en byråkratisk prosess

For å sikre likebehandling og effektive styringsmuligheter er det laget et system der enkeltsakene behandles av saksbehandlere med stramme prosedyrer for hvordan de skal jobbe med oppfølging av sykmeldte på faste tidspunkt. Arbeids- og velferdsdirektoratet forholder seg til sine oppgaver og utarbeider rutiner i henhold til dette.

Mange av de ansatte vi har snakket med ønsker at oppfølgingen i større grad burde være konsentrert rundt individuell oppfølging av "de riktige sakene". Det ytres ønske om mer direkte og aktiv individuell oppfølging av sykmeldte der NAV-veilederen kan påvirke om en person blir værende i arbeid eller om de havner utenfor på en trygdeordning eller ender opp uten trygderettigheter.

I dagens system kommer alle sykmeldinger inn til NAV og de som arbeider med oppfølging av sykmeldte i NAV har i liten grad informasjon nok til å identifisere de tilfellene der de burde gått tidligere eller dypere inn i problemstillingen til den sykmeldte.

NAV som portvakt?

NAV er trolig en bedre portvakt for folketrygden og sykepengene enn det legen vil eller kan være. Om NAV og legen samarbeider godt, vil dette kunne gi god oppfølging av sykmeldte og at NAV kobles inn i de riktige sakene og kan bistå de som trenger det. Å være portvakt kan like godt være å sørge for at folk får riktig hjelp som å sørge for at ingen overforbruker ordningene. I dagens system er det veldig lite sortering av sakene, og NAV kommer sjelden inn før de gjør vurderingen av aktivitetskravet i uke åtte fordi de behandler alle sykmeldingene.

Stopp av sykepengene og åtte ukers aktivitetsvurdering

Sykepengene stopper automatisk ved åtte ukers sykmelding for alle. Da skal NAV inn å vurdere om det er grunnlag for å sette unntak for aktivitetskravet, slik at sykepengene kan fortsette å utbetales. Vurderingen de skal gjøre er todelt; de skal vurdere om det foreligger nok medisinsk dokumentasjon fra fastlegen, og de skal vurdere om det er forhold på arbeidsplassen som kan gi unntak fra aktivitetsplikten. I praksis ser de stort sett bare på om det foreligger nok medisinsk dokumentasjon fordi de ikke har tilgang til oppfølgingsplanen fra arbeidsgiver og kan dermed ikke vurdere om det er forhold på arbeidsplassen som gjør at det kan settes unntak. Oppfølgingsplanen sendes inn gjennom ni-ukers-rapporteringen og er dermed ikke tilgjengelig for NAV når hovedvurderingen på åtte uker skal gjennomføres. Dette er den største logiske bristen i oppfølgingsregimet slik det foreligger i dag, og dette har NAV påpekt for lenge siden uten at det har blitt tatt hensyn til. NAV-veilederen har dermed ingen informasjon fra arbeidsplassen når de skal vurdere aktivitetsplikten ved åtte uker. Det stilles strenge krav til legens begrunnelse for hvorfor de mener at medisinske forhold gjør at den sykmeldte ikke kan være i aktivitet, og NAV-veilederen kan nesten alltid la være å sette unntak, med andre ord stoppe sykepengene, med begrunnelse i manglende medisinsk dokumentasjon. Dette har relativt liten effekt, fordi de i de aller fleste tilfeller skriver legen en bedre begrunnelse, og så starter sykepengeutbetalingen igjen. Det har bare vært en ekstrarunde der legen har måttet dokumentere mer, uten at dette har noen særlig effekt på sykefraværet.

Planen er nå etter det vi forstår økt fokus på åtte ukers-vurderingen. Den sentrale føringen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet er at den gjennomsnittlige lengden på sykefraværet skal reduseres. Det er opp til NAV-kontorene hvordan de skal oppnå dette, men det er ikke stort andre muligheter enn å gå tyngre inn i åtte ukers aktivitetsvurderingen. Oppfølgingsplanen kommer ikke tidligere enn før, så det er ikke så mange alternativer til hva annet som kan gjøres enn å etterspørre mer medisinsk dokumentasjon fra legene. Den naturlige implikasjonen av dette er at NAV skal sette færre unntak for aktivitetsplikten og dermed stoppe sykepengene oftere. Vi kan ikke se at det er endringer som gjør at de ikke fortsatt vil sette de i gang igjen etter kort tid – som i dag. Man kunne tenkt at økt fokus tidligere vil redusere behovet for dialogmøter i NAV slik at ressurser frigjøres, men det vil ha liten effekt dersom det ikke finnes noen effektive tiltak de kan sette inn når de gjør aktivitetsvurderingen ved åtte ukers sykmelding. Partene bør diskutere om dette er en ønsket utvikling og om dette kan tolkes som en reell innstramning i sykkelønsordningen ved at terskelen for å få sykepenger heves. Sannsynligvis er situasjonen i dag et resultat av at NAV gjør jobben sin, og at de følger tettere opp regelen om at "Med mindre medisinske årsaker er til hinder for det, må den sykmeldte være i arbeidsrelatert aktivitet senest etter åtte ukers sykefravær for å få rett til sykepenger". Det er likevel vanskelig å se at løsningen skal ligge i økt medisinsk dokumentasjon.

Ni ukers-rapporteringen har større ulemper enn fordeler

Hovedproblemet med ni ukers-rapporteringen for NAV-veilederne, er at oppfølgingsplanen først kommer da. Det er flere utfordringer med ni ukers-rapporteringen:

- Man rapporterer på at man har fulgt arbeidsmiljøloven (laget oppfølgingsplan og avholdt Dialogmøte 1 på arbeidsplassen)
- At det er NAV som er satt til å kontrollere forhold i Arbeidsmiljøloven er underlig
- Rapporteringen er grunnlag for sanksjoner mot arbeidsgiver
- Sanksjonene er knyttet til rapportering og ikke til oppfølging av sykmeldte
- NAV har ikke fått en rolle der de skal vurderer kvaliteten i det som rapporteres (heller ikke av oppfølgingsplanen), men rapporteringen kontrolleres for å se om det skal sendes ut sanksjoner

Det mest alvorlige problemet med ni ukers-rapporteringen er likevel ikke punktene over, men at det å gi ansvaret til AA-registeret på Hamar ikke betyr at NAV-veilederne som skal samarbeide med virksomhetene skjermes fra dette systemet. NAV har en stor rolle i inkluderingsarbeidet, og om man skal lykkes med å skape et inkluderende arbeidsliv er det helt nødvendig at NAV har et godt forhold til arbeidsgiverne.

Vi kan godt forstå argumentene til Arbeids- og velferdsdirektoratet som sier at de aldri har visst så mye om hvordan sykmeldte følges opp på arbeidsplassen som etter at ni ukers-rapporteringen kom. De får informasjon om dialogmøtet er avholdt, hvilken dato og hvor møtet ble holdt. De får også informasjon om møtet ble holdt via telefon, om legen ble innkalt, om legen og bedriftshelsetjenesten har deltatt. De får også informasjon om årsaker til at møtet ikke ble avholdt og om arbeidstaker ikke har møtt. De får også svar på om det ble utarbeidet oppfølgingsplan, om ikke det er gjort får de vite årsaken til dette. Dette gir mye informasjon og man kan på denne måten tett følge utviklingen i disse punktene både nasjonalt, regionalt, på bransjenivå, ut i fra bedriftsstørrelse og annet. Denne informasjonen gir klart økt innsikt i tidlig oppfølging hjemlet i arbeidsmiljøloven og leveransen av denne statistikken er en del av NAVs oppdrag i IA-samarbeidet.

En annen faktor som er viktig her, er at dette omfattende rapporteringssystemet innebærer mye merarbeid for arbeidsgiverne. Når de politiske føringene ligger på inkludering, Jobbstrategi og fleksibilitet i arbeidslivet – vil et system som gjør det krevende å ha sykmeldte bidra til at arbeidsgivere vegrer seg for å ansette folk som de tror kan komme til å ha en del sykefravær. Dette, i tillegg til at NAV blir en kontrolletat mot arbeidsgiverne heller enn en samarbeidspart, oppveier sannsynligvis nytten av at Arbeids- og velferdsdirektoratet får god informasjon om sykefraværsoppfølgingen. Det er andre måter å innhente slik kunnskap på enn gjennom nasjonale omfattende registre, for eksempel gjennom gode forskningsprosjekter der man også kan undersøke kvaliteten i det arbeidet som gjøres heller enn bare tall.

Rapporteringen som nå gjøres på ni uker, gjøres sannsynligvis fordi det er knyttet sanksjoner til rapporteringen og ikke fordi det fører til bedre oppfølging av sykmeldte. Siden det er ingen vurdering av kvaliteten på oppfølgingsplanen i NAV, er det altså kun sanksjoner knyttet til rapporteringen og ikke til selve oppfølgingen. Oppfølgingsplanen kan være nesten tom og likevel bli godkjent. Dette forstår rasjonelle aktører, og de bruker mindre og mindre tid på å lage gode oppfølgingsplaner. NAV har heller ikke noe fokus på og systematisk bedre kvaliteten på oppfølgingsplanene så vidt vi forstår.

Tiltakene og brukerne

Selv om noen av NAV-tiltakene er evaluert, er det lite kunnskap om hvorvidt tiltakene som brukes hyppig i dag faktisk har effekt på sannsynligheten for å komme tilbake i arbeid etter sykmelding. NAV-veilederne som arbeider daglig med dette, vet heller ikke om tiltakene er særlig effektive. Om vi forstår det riktig, settes få tiltak inn før etter Dialogmøte 2. Når man snakker om unødvendig langtidsfravær, bør man forsøke å definere hva disse tilfellene faktisk er. En mulighet er å definere de som har unødvendig langtidsfravær som de som er sykmeldt selv om helsen faktisk tilsier at de burde kunne vært i jobb. Dette må i alle fall til en viss grad handle om at det er noen barrierer i forhold til å komme tilbake på arbeidsplassen. Dette kan skyldes at den sykmeldte har en dårlig relasjon til arbeidsplassen og arbeidsgiveren og ikke ønsker seg tilbake, eller at arbeidsgiveren av ulike årsaker ikke ønsker den sykmeldte tilbake. Dersom den ansatte i en slik situasjon har lett for å finne seg en annen jobb, vil dette sannsynligvis ikke ende i et langtidsfravær, men i et jobbskifte. Utfordringen er da de med lav jobbmobilitet, for eksempel gjennom lav eller smal kompetanse. Tiltakene som NAV setter inn bør derfor trolig ha stort fokus på kompetanseheving. Med et offentlig finansiert utdanningssystem med lav marginalkostnad er det underlig hvor lite ordinær utdanning i dag kobles til tiltakene i NAV.

Samarbeid med legene

NAV må komme tidlig inn i de viktige sakene, de må samarbeide effektivt med legene og ikke sitte å kontrollere medisinske vurderinger. De har sjelden nok medisinsk kompetanse til å gjøre dette, selv om mange mener de er kompetent til denne rollen, selv uten medisinsk kompetanse. Andre sier de ikke er det, og at de stoler på legene. Det er ikke alltid samarbeidet mellom NAV og legene fungerer lokalt, og dette er et utviklingsarbeid som må prioriteres.

Med et godt samarbeid med legene, der NAV-veilederne ikke har rollen med å overprøve legens medisinske vurderinger, vil dette frigjøre mye tid som NAV-veilederne kan bruke i målrettet arbeid ut mot virksomhetene for de pasientene eller brukerne som har behov for bistand.

Tidlig inn i de viktigste sakene

For at NAV skal kunne komme tidlig inn i dagens system, må de kunne delta på et fremskyndet Dialogmøte 2. NAV-veilederne på sykefraværsområdet ser ut til å ha svært god kompetanse på sykefravær, og de ser også muligheter de ikke får utnyttet i dag fordi de må forholde seg til alle sykmeldingene som kommer og fordi de kommer for sent inn i de fleste tilfellene.

Som vi så i kapittel 3 er de sykmeldte en svært heterogen gruppe. Det må være en sortering, og det er vanskelig å tenke at noen andre enn legen kan ha denne sorteringsoppgaven. Når er det arbeidsgiveren som må ta ansvar, når er det NAV som må bidra, når er legen nok, når bør noen inn å bistå ekstra i et behandlings-/utredningsløp for å få fortgang i disse sakene osv. Med utvikling av et godt system i samarbeid med legene, kunne NAV fått en mye bedre struktur i arbeidet sitt og fagressursene i NAV kunne blitt betydelig bedre utnyttet. Arbeidsgiverne ville også fått mer målrettet bistand gjennom en slik sortering av sykmeldingstilfellene. I dagens system har ikke NAV-veilederne særlige muligheter til å identifisere tidlig de viktige sakene.

Hva kunne vært NAV sin rolle?

Ut i fra det vi har sett i dette kapittelet og i de foregående kapitlene ser vi forbedringspotensial i forhold til hvilket oppdrag NAV tildeles og hvordan de arbeider med oppfølgingen av sykmeldte. En bedre rolle for markedsteamene eller sykefraværsoppfølgingsteamene i NAV kunne vært å arbeide inn mot arbeidsgiverne for å lære de gode rutiner, bygge opp et godt samarbeid med fastlegene, gå inn i de sakene der det er behov for bistand fra NAV, samtidig som legene og arbeidsgiverne blir opplært i hvordan de skal bruke NAV bedre. NAV bør også bygge samarbeidsarenaer med bedriftshelsetjenestene – her er et stort ubrukt potensial dersom de vil ha bedre inngripen med arbeidsgiverne (markedssettingsingen i NAV). NAV Arbeidslivssenter og NAV-kontorene bør også utvikle gode samarbeidsformer, i dag er det lite av potensialet som utnyttes. Med utvikling av et godt sorteringssystem av de enkelte sykmeldingstilfellene, kunne NAV fått en mye bedre struktur i arbeidet sitt og fagressursene i NAV kunne blitt betydelig bedre utnyttet.

Det mangler forskning

Det mangler forskning på hva som er en effektiv tilnærming i konfliktsaker med arbeidstaker og arbeidsgiver. NAV-ansatte vet ikke helt hva de skal gjøre og det er det heller ingen andre som vet nøyaktig. Ingen har i dag rollen med å gå inn i slike saker. Det mangler også forskning på hvordan samarbeidet mellom ulike aktører fungerer i dag. Dette er ikke et godt utgangspunkt når nye satsinger skal gjennomføres, for eksempel Jobbstrategien.

Referanser

Aakvik, A, T Holmås og KM Islam. 2010. Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Social Science & Medicine* 70 (2010): 1590-1598.

Aamland, A, K Malterud og EL Werner. 2012. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with Medically Unexplained Physical Symptoms: A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (0):1-9.

Aas, RW, KL Ellingsen, P Lindøe og A Möller. 2008. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation* 18 (4):335-346.

Aas, W, A Solberg og J Strupstad. 2011. *Raskere tilbake. Organisering, kompetanse, mottakere og forløp i 120 tilbud til sykmeldte. Rapport IRIS nr. 2011/125.*

Agledahl, KM, PG, R Førde og Å Wifstad. 2011. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal of Medical Ethics* 37 (11):650-654.

Allen, J og D Cohen. 2010. Attitudes to work and health in doctors in training. *Occupational Medicine* 60 (8):640-644.

Amir, Z, D Neary og K Luker. 2008. Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: A UK perspective. *European Journal of Oncology Nursing* 12 (3):190-197.

Amir, Z, PW, F Chan, D Strauser, S Whitaker og K Luker. 2010. Return to work after cancer in the UK: attitudes and experiences of line managers. *Journal of Occupational Rehabilitation* 20 (4):435-442.

Andersson, FW, M Bokenblom, S Brantingson, SG Brännström, J Wall. 2011. Sick listing – Partly a family phenomenon? *The Journal of Socio-Economics*, 40 (2011) 496-502.

Anema, JR, K Jettinghoff, I Houtman, CG Schoemaker, PC Buijs, og R Berg. 2006. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: A cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation* 16 (1):38-49.

ANP. 2011. *Forebygging og oppfølging – to sider av samme sak. Om forebygging av helseprobleme rog oppfølging av sykefravær på arbeidsplassen.* Arbeidstilsynet, NAV og Petroleumstilsynet. 2. Utgave.

Arrelöv, BE, L Borgquist og KF Svärdsudd. 2005. Influence of local structural factors on physicians' sick-listing practice: a population-based study. *The European Journal of Public Health* 15 (5):470-474.

Asnani, MR. 2009. Patient-physician communication. *West Indian Medical Journal* 58 (4):357-361.

Bermejo, I, L Kriston, F Schneider, W Gaebel, UH, M Berger og M Härter. 2010. Sick leave and depression — Determining factors and clinical effect in outpatient care. *Psychiatry Research* 180 (2–3):68-73.

Biørn, E, S Gaure, S Markussen og K Røed. 2012. The rise in absenteeism: Disentangling the impacts of cohort, age and time. *Journal of Population Economics*:1-24.

Bjørnstad, O, A Lie, K Sletmo og S Høiback. (2009). *Bedriftshelsetjenestens rolle og innsats i virksomhetene.* STAMI-Rapport 10(3). Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Bjørnstad, O. 2012. *Bedriftshelsetjenestens rolle og innsats i energiselskapene.* STAMI-rapport NR. 15. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt.

- Blanquicett, C, JHoward Amsbary, C Mills og L Powell. 2007. Examining the perceptions of doctor-patient communication. *Human Communication* 10 (4):421-436.
- Braaten K og LE Moland. 2011. Samarbeid mellom leger og arbeidsgivere i sykefraværarbeidet: Evaluering av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel. Fafo-rapport 2011:04
- Brage, S og IC Kann. 2006. Fastlegers sykmeldingspraksis I: Variasjoner. RTV-rapport (Vol. 05): Rikstrygdeverkets utredningsavdeling.
- Brage, S, IC Kann, A Kolstad, JP Nossen og O Thune. 2011. Gradert sykmelding - omfang, utvikling og bruk. *Arbeid og velferd* (32-44).
- Brage, S, JP Nossen, IC Kann og O Thune. 2012. Sykefravær med diagnose innen psykiske lidelser 2000-2011. *Arbeid og velferd* (3):2437.
- Bratberg, E, TH Holmås, MK Islam og K Vaage. 2010. Teacher sickness absence in primary schools. A panel data multilevel analysis. Vol. 1/10, Working paper, Department of Economics, University of Bergen. Bergen.
- Bremander, AB, J Hubertsson, IF Petersson og B Grahn. 2012. Education and benchmarking among physicians may facilitate sick-listing practice. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (1):78-87.
- Brooke, PP og JL Price. 1989. The determinants of employee absenteeism: An empirical test of a causal model. *Journal of Occupational Psychology* 62 (1):1-19.
- Brouwer, S, MF Reneman, U Bültmann, JLL van der Klink og JW Groothoff. 2010. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of Occupational Rehabilitation* 20 (1):104-112.
- Bråthen, K og LE Moland. 2011. Samarbeid mellom leger og arbeidsgivere i sykefraværarbeidet. Evaluering av sykmeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel. Fafo-rapport nr. 4. Oslo: Fafo.
- Buck, R, C Porteous, G Wynne-Jones, K Marsh, CJ Phillips og CJ Main. 2011. Challenges to remaining at work with common health problems: What helps and what influence do organisational policies have? *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (4):501-512.
- Bulterys, S, K Johannik, J Vlamings og G Moens. 2006. An employee satisfaction survey in occupational health care—how do employees evaluate their occupational health service. International Congress Series, 1294, 89-92.
- Busch-Christensen, C. 2005 *Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt for arbeidstakere med redusert arbeidsevne: Eksempelet Widerøe Flyveselskap ASA*. Masteroppgave. Juridisk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Carlsen, B og OF Norheim. 2003. Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21(4): 209-13.
- Carlsen, B og K Nyborg. 2009. The Gate is Open: Primary Care Physicians as Social Security Gatekeepers, Memorandum 7/2009. Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Coutu, MF, R Baril, MJDurand, D Côté og A Rouleau. 2007. Representations: An important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *Journal of Occupational Rehabilitation* 17 (3):522-544.
- Dahl, SÅ, TH Holmås, F Skjeret og E Kjerstad. 2007. En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden, SNF-rapport nr. 23/07. Bergen.

- Dale-Olsen, H, KM Nilsen og P Schøne. 2011. Imitation, contagion, and exertion – Do colleagues' sickness absences influence your absence behaviour? ISF Working paper 2010/10.
- Damgaard, B og J Boll. 2007. Opfølgning på sygedagpenge. Del I. Kommuners, lægers og virksomheders erfaringer med de nye regler. Rapport 07:01. København: Socialforskningsinstituttet.
- Davies, TT. 2010. Dialogmøtet - en samtale med eller uten dialog? En kvalitativ studie av sykmeldtes opplevelse av dialogmøtet etter 6 måneders sykmelding, Helsefremmende arbeid og helsepsykologi, Universitet i Bergen, Bergen.
- de Bono, AM, 1997. Communication between an occupational physician and other medical practitioners—an audit. *Occupational Medicine* 47 (6):349-356.
- de Buck, PDM, RJ van Amstel, PC Buijs, JHW Maasen, FJH van Dijk, JMW Hazes og TPMV Vlieland. 2002. Communication between Dutch rheumatologists and occupational physicians in the occupational rehabilitation of patients with rheumatic diseases. *Annals of the Rheumatic Diseases* 61 (1):62-65.
- de Ridder, D, M Depla, P Severens og M Malsch. 1997. Beliefs on coping with illness: A consumer's perspective. *Social Science & Medicine* 44 (5):553-559.
- de Rijk, A, A van Raak og J van der Made, 2007. A new theoretical model for cooperation in public health settings: The RDIC Model. *Qualitative Health Research* 17 (8):1103-1116.
- Drangslund, KAK og E Kjerstad. 2008. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, delrapport 1. SNF-Rapport nr. 18/08.
- Dunstan, DA og E MacEachen. 2013. Bearing the brunt: Co-workers' experiences of work reintegration processes. *Journal of Occupational Rehabilitation* 23 (1):44-54.
- Engblom M, G Nilsson B Arrelöv, A Löfgren, Y Skånér, C Lindholm C, E Hinas, K Alexanderson og Rudebeck. 2011. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29 (4):227-233
- Englund, L og K Svärdsudd. 2000. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scan J Prim Health Care* 18 (2):81-86.
- Fevang, E, S Markussen og K Røed. 2011. The sick pay trap. Discussion paper series//Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit.
- Fleten, N, R Johnsen og OH Førde. 2004. Length of sick leave – Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health* 4 (1):46.
- Flinkfeldt, M. 2011. 'Filling one's days': managing sick leave legitimacy in an online forum. *Sociology of Health & Illness* 33 (5):761-776.
- Floderus, B, S Goransson, K Alexanderson og G Aronsson. 2005. Self-estimated life situation in patients on long-term sick leave. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37 (5):291-299.
- Foley, M, K Thorley og M Denny. 2012. 'The sick note': A qualitative study of sickness certification in general practice in Ireland. *European Journal of General Practice* 18 (2):92-99.
- Fylan, B, Fylan, F og L Caveney. 2011. An evaluation of the statement of fitness to work: Qualitative research with general practitioners. Brainbox Research, Department for work and pension. Research report nr. 780.
- Godycki-Cwirko, M, M Nocun, CC Butler, M Muras, N Fleten og H Melbye. 2011. Sickness certification for patients with acute cough/LRTI in primary care in Poland and Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29 (1):13-18.

- Grossi, G, JF Soares, J Ängeslevä og A Perski. 1999. Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. *Pain* 80 (3):607-620.
- Gulbrandsen P, D Hofoss, M Nylenna, J Saltyte-Benth og OG Åsland. 2007. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25 (1):20-26.
- Gustafsson, M, J Ekholm og A Ohman. 2004. From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 36 (3):97-103.
- Hall, C og L Hartman. 2010. Moral hazard among the sick and unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform. *Empirical Economics* 39 (1):27-50.
- Halvorsen, K. 2011. Undermineres arbeidsviljen av velferdsstaten? *Tidsskrift for velferdsforskning* 14 (4):220-234.
- Halvorsen, PA, K Wennevold, N Fleten, M Muras, A Kowalczyk, M Godycki-Cwirko og H Melbye. 2011. Decisions on sick leave certifications for acute airways infections based on vignettes: A cross-sectional survey of GPs in Norway and Poland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29 (2):110-116.
- Hansen, Claus D., og Johan H. Andersen. 2008. Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine* 67 (6):956-964.
- Harsvik, T, TO Mo og S Steihaug. 2008. Jobbmestrende oppfølging. Andre delrapport. SINTEF-rapport nr. A5149.
- Haugli, L, S Maeland og LH Magnussen. 2011. What facilitates return to work? Patients' experiences 3 years after occupational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (4):573-581.
- Helde, I, P Kristoffersen, N Lysø og O Thune. 2010. Sykefravær: Store fylkesvise forskjeller i varighet innenfor samme diagnose. *Arbeid og velferd*, 60-70.
- Hesselius, P, P Johansson og J Vikström. 2008. Påverkas individen av omgivningens sjukfrånvaro. IFAU rapport 11.
- Hesselius, P, JP Nilsson og P Johansson. 2009. Sick of your colleagues' absence? *Journal of the European Economic Association* 7 (2-3):583-594.
- Higgins, A, P O'Halloran og S Porter. 2012. Management of long term sickness absence: A systematic realist review. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (3):322-332.
- Hoedeman, R, B Krol, AH Blankenstein, PC Koopmans og JW Groothoff. 2010. Sick-listed employees with severe medically unexplained physical symptoms: burden or routine for the occupational health physician? A cross sectional study. *BMC health services research* 10 (1):305.
- Holmgren, K og SD Ivanoff. 2007. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 17 (1):93-106.
- Holmås, TH og E Kjerstad, 2010. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, delrapport 3. nr. 07/10: Samfunns- og næringslivsforskning AS.
- Huibers, M, JHG Bleijenberg, LGPM van Amelsvoort, AJHM Beurskens, CP van Schayck, E Bazelmans og JA Knottnerus. 2004. Predictors of outcome in fatigued employees on sick leave: Results from a randomised trial. *Journal of Psychosomatic Research* 57 (5):443-449.
- Hulshof, C og J Hoenen. 2006. Evidence-based practice guidelines in OHS: Are they AGREE-able? *International Congress Series*, 1294, 7-11.

- Hussey, L, S Turner, K Thorley, R McNamee og R Agius. 2010. Comparison of work-related ill health reporting by occupational physicians and general practitioners. *Occupational Medicine* 60 (4):294-300.
- Hussey, S, P Hoddinott, P Wilson, J Dowell og R Barbour. 2004. Sickness certification system in the United Kingdom: qualitative study of views of general practitioners in Scotland. *BMJ* 328 (7431):88.
- IA-nytt. 2012. Medvirkningsplikt ved sykdom etter konflikt.
- Irvine, A. 2011. Fit for work? The influence of sick pay and job flexibility on sickness absence and implications for presenteeism. *Social Policy & Administration* 45 (7):752-769.
- Johannesen, LB. 2012. Leger slipper sanksjoner. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 - 12. november (132):2465.
- Johansen, K, JS Andersen, S Mikkelsen og E Lynge. 2011. Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. *Journal of Interprofessional Care* 25 (1):59-65.
- Johansson, P og M Palme. 2005. Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics* 89 (9-10):1879-1890.
- Josefsson, U. 2005. Coping with illness online: The Case of patients' online communities. *The Information Society* 21 (2):133-141.
- Kankaanpää, AT, KF Jaana og RJ Tuominen. 2012. Variations in primary care physicians' sick leave prescribing practices. *The European Journal of Public Health* 22 (1):92-96.
- Kann, IC og S Brage. 2007. Rask friskmelding øker sjansen for å forbli i arbeidslivet. *Arbeid og velferd* 3: 36-41
- Kann, IC, S Brage, A Kolstad, JP Nossen og O Thune. 2012. Har gradert sykmelding effekt på sykefraværet. *Arbeid og velferd* (2):60-70.
- Kant, I, NH Jansen, LPM Amelsvoort, R Leusden og A Berkouwer. 2008. Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: A randomized controlled trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 79-86.
- Kiessling, A og B Arrelöv. 2012. Sickness certification as a complex professional and collaborative activity-a qualitative study. *BMC Public Health* 12 (1):702.
- Kirsh, B, T Slack og CA King. 2012. The nature and impact of stigma towards injured workers. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (2):143-154.
- Kjerstad, EI og TH Holmås, 2009. Evaluering av tilskuddsordning for helse- og rehabiliteringstjenester, delrapport 2. SNF-rapport nr. 24/09: Samfunns- og næringslivsforskning AS.
- Krause, N, LK Dasinger, LJ Deegan, LR og RJ Brand. 2001. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine* 40 (4):374-392.
- Kristiansson, MH, A Brorsson, C Wachtler og M Troein. 2011. Pain, power and patience - A narrative study of general practitioners' relations with chronic pain patients. *BMC Family Practice* 12 (1):31.
- Krohne, K og S Brage. 2008. How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *Br J Gen Pract*, 58: 850-855.
- Kurtz, SM 2002. Doctor-patient communication: principles and practices. *The Canadian Journal of Neurological Sciences* 29 (2):23-29.
- Kvanvik, M. 2012. Lettere kommunikasjon med NAV. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132

(6):720.

Levinson, W og PA Pizzo. 2011. Patient - physician communication. It's about time. *JAMA* (17):1802-1803.

Ley, P. 2011. Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology* 21 (4):241-254.

Lie, T, JE Karlsen og JE Tharaldson. 1999. Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene. Rogalandsforskning. RF-1999/007.

Lie, A, O Bjørnstad og IH Gudding. 2011. Kvalitet i bedriftshelsetjenesten. STAMI-rapport nr. 4. Statens arbeidsmiljøinstitutt.

Lindbeck, A, M Palme og M Persson. 2008. Social interaction and sickness absence. CESifo Working Paper Series nr. 2215.

Lindholm, C, B Arrelöv, G Nilsson, A Löfgren, E Hinas, Y Skånér, A Ekmer og K Alexanderson. 2010. Sickness-certification practice in different clinical settings; a survey of all physicians in a country. *BMC Public Health* 10 (1):752.

Ljungquist, T, E Hinas, B Arrelöv, C Lindholm, AL Wilteus, GH Nilsson og K Alexanderson. 2013. Sickness certification of patients—a work environment problem among physicians? *Occupational Medicine* 63 (1):23-29.

Ljungquist, T, B Arrelöv, C Lindholm, AL Wilteus, GH Nilsson og K Alexanderson. 2012. Physicians who experience sickness certification as a work environmental problem: where do they work and what specific problems do they have? A nationwide survey in Sweden. *BMJ Open* 2 (2).

Löfgren, A, J Hagberg og K Alexanderson. 2010. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health* 10 (1):61.

Lysaght, R, L Fabrigar, S Larmour-Trode, J Stewart og Margaret Friesen. 2012. Measuring workplace social support for workers with disability. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (3):376-386.

Löfgren, A, J Hagberg og K Alexanderson. 2010. What physicians want to learn about sickness certification: analyses of questionnaire data from 4019 physicians. *BMC Public Health* 10 (1):61.

Löfgren, A, C Silén og K Alexanderson. 2011. How physicians have learned to handle sickness-certification cases. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (3):245-254.

Macdonald, SM, M Maxwell, P Wilson, M Smith, W Whittaker, M Sutton og J Morrison. 2012. A powerful intervention: general practitioners' use of sickness certification in depression. *BMC Family Practice* 13 (1):82.

Mallen, CD, G Wynne-Jones og KM Dunn. 2011. Sickness certification for mental health problems: An analysis of a general practice consultation database. *Primary Health Care Research and Development* 12 (2):179.

Marhold, C, SJ Linton og L Melin. 2002. Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: Evaluation of a questionnaire. *Journal of Occupational Rehabilitation* 12 (2):65-75.

Markussen, S. 2009. Closing the gates? Working paper, Ragnar Frisch Centre for Economic Research.

Markussen, S, A Mykletun og K Røed. 2010. The case for presenteeism. IZA DP Nr. 5343: Forschungsinstitu zur Zukunft der Arbeit. Institute for the Study of Labor.

Markussen, S og O Røgeberg. 2012. Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (10):1231-4.

- Markussen, S, A Mykletun og K Røed. 2012. The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics* 96 (11–12):959-972.
- McPherson, S og D Armstrong. 2012. General practitioner management of depression. A systematic review. *Qualitative Health Research* 22 (8):1150-1159.
- Meershoek, A. 2012. Controlling access to sick leave programmes: Practices of physicians in the Netherlands. *Social Policy & Administration* 46 (5):544-561.
- Modig, A og K Broberg. 2002. Är det OK att sjukskriva sig fast man inte är sjuk? TEMO-rapport T22785.
- Moland, LE. 2005. Med legene på laget. Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkludernede arbeidsliv. Arbeidsnotat 6 i Følgforskning INkluderende arbeidsliv. Fafo-notat2005:06. Oslo, Fafo.
- Money, A, L Hussey, K Thorley, S Turner og R Agius. 2010. Work-related sickness absence negotiations: GPs' qualitative perspectives. *Br J Gen Pract* 60 (579):721-8.
- Morris, J, and PJ Watson. 2011. Investigating decisions to absent from work with low back pain: A study combining patient and GP factors. *European Journal of Pain* 15 (3):278-285.
- Mortelmans, AK, P Donceel, D Lahaye og S Bulterys. 2006. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occupational and Environmental Medicine* 63 (7):495-502.
- Mortelmans, AK, P Donceel, D Lahaye og S Bulterys, 2007. An analysis of the communication during an enhanced and structured information exchange between social insurance physicians and occupational physicians in disability management in Belgium. *Disability and Rehabilitation* 29 (13):1011-1020.
- Mortelmans, AK, P Donceel, D Lahaye og S Bulterys. 2008. Work-related sickness absences and mandatory occupational health surveillance. *Occupational Medicine* 58 (7):464-467.
- Muijzer, A, JW Groothoff, JHB Geertzen og S Brouwer. 2011. Influence of efforts of employer and employee on return-to-work process and outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (4):513-519.
- Munir, F, J Yarker, B Hicks og E Donaldson-Feilder. 2012. Returning Employees Back to Work: Developing a Measure for Supervisors to Support Return to Work (SSRW). *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (2):196-208.
- Mykletun, A, HR Eriksen, K Røed, G Schmidt, A Fosse G Damberg, EC Christiansen og B Guldvog. 2010. Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. Eksterngrupperapport til Arbeidsdepartementet, Oslo.
- Nilsen, S, EL Werner, S Maeland, HR Eriksen og LH Magnussen. 2011. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29 (1):7-12.
- Nilsing, E, E Soderberg og B Öberg. 2012. Sickness certificates in Sweden: did the new guidelines improve their quality? *BMC Public Health* 12 (1):907.
- Nilsing, E, E Söderberg, C Berterö og Ba Öberg, 2013. Primary healthcare professionals' experiences of the sick leave process: A focus group study in Sweden. *Journal of Occupational Rehabilitation*:1-12.
- Nomat, A. 2011. Arbeidsgivers og arbeidstakers plikter ved redusert arbeidsevne. Tilrettelegging, oppfølging og medvirkning etter arbeidsmiljøloven, Det juridiske fakultet, Universitetet i Tromsø, Tromsø.

- O'Brien, K, N Cadbury, S Rollnick og F Wood. 2008. Sickness certification in the general practice consultation: the patients' perspective, a qualitative study. *Family Practice* 25 (1):20-26.
- Ose, SO, AM Bjerkan, I Pettersen, KG Hem, A Johnsen, J Lippestad, B Paulsen, TO Mo, PØ Saksvik. 2009. Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF-rapport A11947.
- Ose, SO, I Brattlid, S Haus-Reve, R Mandal, AM Bjerkan. 2011. Inkluderende arbeidsliv i kommunene: Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester. SINTEF-rapport A18235.
- Ose, SO, SL Kaspersen, S Haus-Reve, R Mandal R, H Jensberg og J Lippestad (2012): Sykefravær – gradering og tilrettelegging. SINTEF-rapport A223973.
- Otterbeck, LC. 2011. Det smittsomme sykefraværet, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Pailhereau, G. 2006. From occupational medicine to occupational health: Status and future tasks of OHS in France. *International Congress Series* 1294 (0):57-60.
- Pearce, S og H Pickard. 2010. Finding the will to recover: philosophical perspectives on agency and the sick role. *Journal of Medical Ethics* 36 (12):831-833.
- Peurala, M og E Kankaanpää. 2006. Developing occupational health services for social and health care employees in municipal organisations. *International Congress Series* 1294 (0):73-76.
- Pierret, J. 2003. The illness experience: State of knowledge and perspectives for research. *Sociology of Health & Illness* 25 (3):4-22.
- Plomp, HN. 2008. The impact of the introduction of market incentives on occupational health services and occupational health professionals: Experiences from The Netherlands. *Health Policy* 88 (1):25-37.
- Reid, J, C Ewan og E Lowy. 1991. Pilgrimage of pain: The illness experiences of women with repetition strain injury and the search for credibility. *Social Science & Medicine* 32 (5):601-612.
- Reiso, H, JF Nygård, S Brage, P Gulbrandsen og G Tellnes. 2000. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice* 17 (2):139-144.
- Reme, S, E Hagen og H Eriksen. 2009. Expectations, perceptions, and physiotherapy predict prolonged sick leave in subacute low back pain. *BMC Musculoskeletal Disorders* 10 (1):139.
- Rieck, K, M Elseth, K Vaage og TH Holmås. 2012. Social interactions at the workplace: Exploring sickness absence behavior. Memo, Institutt for samfunnsøkonomi, Universitet i Bergen.
- Roesch, SC og B Weiner. 2001. A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research* 50 (4):205-219.
- Sallis, A, R Birkin og F Munir. 2010. Working towards a fit note: an experimental vignette survey of GPs. *British Journal of General Practice* 60 (573):245-250.
- Skarning, N. 2011. Sykefravær. Nye arbeidsoppgaver, omplassering eller oppsigelse. Oslo, Universitetsforlaget
- Skånér, Y, GH Nilsson, B Arrelöv, C Lindholm, E Hinas, AL Wilteus og K Alexanderson. 2011. Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ Open* 1 (2).
- SBU. 2013. Arbetsmiljöns betydelse för sömnstörningar. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr. 216.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. 2013. God BHT. Verktøy for evaluering av bedriftshelsetjenesten.

- Steenstra, IA., H Lee, EMM Vroome, JW Busse og SJ Hogg-Johnson. 2012. Comparing current definitions of return to work: A measurement approach. *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (3):394-400.
- Steihaug, S og T Harsvik, 2009. Evaluering av "Jobbmestrende oppfølging" i Østfold og Oslo. SINTEF-rapport nr. A11297.
- Stigmar, K, B Grahn og C Ekdahl. 2010. Work ability – experiences and perceptions among physicians. *Disability and Rehabilitation* 32 (21):1780-1789.
- Stone, SD. 2003. Workers without work: Injured workers and well-being. *Journal of Occupational Science* 10 (1):7-13.
- Sundell, T. 2012. Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2012. In *Notat: Arbeids- og velferdsdirektoratet, seksjon for statistikk*.
- Svensson, T, A Karlsson, K Alexanderson og C Nordqvist. 2003. Shame-inducing encounters. Negative emotional aspects of sickness-absentees' interactions with rehabilitation professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13 (3):183-195.
- Swartling, MS, J Hagberg, K Alexanderson og RA Wahlström. 2007. Sick-listing as a psychosocial work problem: a survey of 3997 Swedish physicians. *Journal of Occupational Rehabilitation* 17 (3):398-408.
- Swartling, MS, K Alexanderson og RA Wahlstrom, 2008. Barriers to good sickness certification—an interview study with Swedish general practitioners. *Scandinavian Journal of Public Health* 36 (4):408-414.
- Syk, du? 2012 [1966]. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (10):1259.
- Sørensen, MB. 2012. Dialogmøte 1 - et nyttig verktøy i sykefraværsoppfølgingen?, Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Taimela, S, A Malmivaara, S Justén, E Läärä, H Sintonen, J Tiekso, og T Aro. 2008. The effectiveness of two occupational health intervention programmes in reducing sickness absence among employees at risk. Two randomised controlled trials. *Occupational and Environmental Medicine* 65 (4):236-241.
- Tarasuk, V og JM Eakin. 1995. The problem of legitimacy in the experience of work-related back injury. *Qualitative Health Research* 5 (2):204-221.
- Taylor, P, I Cunningham, K Newsome og D Scholarios. 2010. 'Too scared to go sick'—reformulating the research agenda on sickness absence. *Industrial Relations Journal* 41 (4):270-288.
- Tellnes, G, L Sandvik og T Moum. 1990. Inter-doctor variation in sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 8 (1):45-52.
- Thoursie, PS. 2004. Reporting sick: Are sporting events contagious? *Journal of Applied Econometrics* 19 (6):809-823.
- Tiedtke, C, A de Rijk, B Dierckx de Casterlé, MR Christiaens og P Donceel. 2010. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-Oncology* 19 (7):677-683.
- Tjulin, Å, E MacEachen og K Ekberg. 2010. Exploring workplace actors' experiences of the social organization of return-to-work. *Journal of Occupational Rehabilitation* 20 (3):311-321.
- Treweek, S, S Flottorp, A Fretheim, K Håvelsrud, DT Kristoffersen, A Oxman og OG Aasland. 2005. Retningslinjer for allmennpraksis - blir de lest og blir de brukt. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 125 (3):300-303.
- Trygstad, SC og M Bråten. 2011. Tilrettelegging i arbeidslivet. Fafo-rapport no. 22.

- Vahtera, J, M Kivimäki og J Pentti. 2001. The role of extended weekends in sickness absenteeism. *Occupational and Environmental Medicine* 58 (12):818-822.
- van Dijk, FJH, N Hugenholtz, M A-Tjak og J Schreinemakers. 2006. Knowledge management in occupational health, consequences for structures and functions. *International Congress Series* 1294 (0):23-26.
- van Rijssen, HJ, A Schellart, J Anema og A van der Beek. 2009. A theoretical framework to describe communication processes during medical disability assessment interviews. *BMC Public Health* 9 (1):375.
- Varekamp, I, A Heutink, S Landman, CM Koning, G Vries og FJH Dijk. 2009. Facilitating empowerment in employees with chronic disease: Qualitative analysis of the process of change. *Journal of Occupational Rehabilitation* 19 (4):398-408.
- Verbeek, J, F van Dijk, K Räsänen, H Piirainen, E Kankaanpää og C Hulshof. 2001. Consumer satisfaction with occupational health services: should it be measured? *Occupational and Environmental Medicine* 58 (4):272-278.
- Verbeek, J, E Spelten, M Kammeijer og M Sprangers. 2003. Return to work of cancer survivors: a prospective cohort study into the quality of rehabilitation by occupational physicians. *Occupational and Environmental Medicine* 60 (5):352-357.
- Verbeek, JH, AG de Boer, WE van der Weide, H Piirainen, JR Anema, RJ van Amstel og F Hartog. 2005. Patient satisfaction with occupational health physicians, development of a questionnaire. *Occupational and Environmental Medicine* 62 (2):119-123
- Viikari-Juntura, E, J Kausto, R Shiri, L Kaila-Kangas, E-P Takala, J Karppinen, H Miranda, R Luukkonen og K-P Martimo. 2012. Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 38 (2):134.
- Ville, I. 2005. Biographical work and returning to employment following a spinal cord injury. *Sociology of Health & Illness* 27 (3):324-350.
- Vries, HJ, MF Reneman, JW Groothoff, JHB Geertzen og S Brouwer. 2012. Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: Do they differ from workers with sick leave? *Journal of Occupational Rehabilitation* 22 (4):489-502.
- Wainwright, E, D Wainwright, E Keogh og C Eccleston. 2011. Fit for purpose? Using the fit note with patients with chronic pain: a qualitative study. *British Journal of General Practice* 61 (593):e794-e800.
- Walker, J, B Sofaer og I Holloway. 2006. The experience of chronic back pain: Accounts of loss in those seeking help from pain clinics. *European Journal of Pain* 10 (3):199-199.
- Walker, J, I Holloway og B Sofaer. 1999. In the system: the lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain* 80 (3):621-628.
- Wegge, J, KH Schmidt, C Parkes og Rf Van Dick. 2007. Taking a sickie: Job satisfaction and job involvement as interactive predictors of absenteeism in a public organization. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 80 (1):77-89.
- Werner, A, LW Isaksen og K Malterud. 2004. 'I am not the kind of woman who complains of everything': Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science & Medicine* 59 (5):1035-1045.
- Winde, LD, K Alexanderson, B Carlsen, L Kjeldgård, AL Wilteus og S Gjesdal. 2012. General practitioners' experiences with sickness certification: A comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Family Practice* 13 (1):10.

- Woivalin, T, G Krantz, T Mantyranta og KC Ringsberg. 2004. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. *Fam Practice* 21 (2):199-203.
- Wrapson, W og AJ Mewse. 2011. Does the doctor or the patient control sick leave certification? A qualitative study interpreting patients' interview dialogue. *Family Practice* 28 (2):202-209.
- Wynne-Jones, G, CD Mallen, CJ Main og KM Dunn. 2010a. What do GPs feel about sickness certification? A systematic search and narrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28 (2):67-75.
- Wynne-Jones, G, CD Mallen, CJ Main, and KM Dunn. 2010bb Sickness certification and the GP: what really happens in practice? *Family Practice* 27 (3):344-350.
- Wynne-Jones, G, R Buck, C Porteous, L Cooper, LA Button, CJ Main og CJ Phillips. 2011. What happens to work if you're unwell? Beliefs and attitudes of managers and employees with musculoskeletal pain in a public sector setting. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (1):31-42.
- Østerås, N, P Gulbrandsen, IC Kann og S Brage. 2010. Structural functional assessments in general practice increase the use of part-time sick leave: A cluster randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Public Health* 20.
- Øverland, S, N Glozier, M Henderson, J G Mæland, M Hotopf og A Mykletun. 2008. Health status before, during and after disability pension award: the Hordaland Health Study (HUSK). *Occupational and Environmental Medicine* 65 (11):769-773.
- Åsbring, P og AL Närvänen. 2002. Women's experiences of stigma in relation to chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. *Qualitative Health Research* 12 (2):148-160.

Summary, discussion and conclusions

In this report we examine the follow-up routines for sick-listed employees. Important elements in the current follow-up regime are follow-up plans, dialogue meetings, activity demands, controls, and sanctions.

Evaluating the effect of a system is different than evaluating its functionality. In order to measure the actual effects on the specific objectives of the system, researchers need to conduct controlled experiments or similar other methods that isolate the effect of interest and control for other intervening processes. Such trials should be initiated before the full-scale implementation of a measure. Since the authorities and the social partners chose not to initiate such trials before implementing the system, it is impossible to strictly test the effects of the various elements of the follow-up regime of sick-listed employees. What *is* possible after a system has been implemented is to evaluate how well the system works through a thorough collection and analysis of data. This is what we do in this project. Our overall research question is

Are the various aspects of the follow-up practice of sick-listed employees useful, and is it likely that they have the intended effect on the sick absence?

The main elements in the current follow-up routine examined in this report are the following duties and obligations:

- In collaboration with the employee, the employer should make an individual follow-up plan within the first four weeks of sick absence.
- The health professional who issued the sickness certificate (usually the employee's general practitioner (GP)) should receive a copy of the plan.
- If the employee has been on a (graded) sick leave for seven weeks, the employer should take the initiative to Dialogue meeting 1 (DM1).
- The health professional who issued the sickness certification should participate in DM1 unless the employee does not want him or her to be present, or it is deemed unnecessary.
- The occupational health service (OHS) should be present at DM1.
- The follow-up plan should be updated at DM1.
- Within 9 weeks of sick-leave, the employer should send the follow-up plan and a report form with information on the follow-up process to the Norwegian Labour and Welfare Service (NAV).
- The local NAV office should initiate Dialogue meeting 2 (DM2) within 26 weeks of absence. Participation is compulsory for both employer and employee, while the GP or other health professionals should participate if this is appropriate.
- If the employer, employee, or NAV finds it necessary, DM2 should be advanced.
- It is possible to ask for a Dialogue meeting 3.
- NAV should sanction parties who do not comply with their responsibility in the follow-up process, including the employer, employee and the general practitioner.
- The duties in the follow-up process are the same whether the sick leave is graded or full.

If the parties do not comply with their duties, the employer could face a fee equivalent of six court fees (NOK 5,160 as of 1 July 2011) for each violation of duties. The employee runs the risk of a halt in the sickness benefit, while the general practitioner runs the risk of a fee equivalent of 12 court fees (NOK 10,320 as of 1 July 2011) if he or she fails to meet at seven or more dialogue meetings. The issuer of sickness certificates could also lose the right to issue sickness certificates. NAV will only initiate sanctions after a prior warning.

Data and methods

To evaluate how well a system works, it is necessary to gain insight from all the parties in the system. The follow-up regime of sick-listed employees consists of the following actors:

- Employee/ sick-listed
- Employer
- The person who issued the medical certificate (usually the employee's general practitioner)
- The occupation health service
- NAV

These actors have different roles, duties and demands in the current follow-up regime. In order to answer the research question in this project, we have conducted more than hundred interviews with different actors for several years. We have also conducted large, national surveys among employees, employers, general practitioners, occupational health service staff, and NAV consultants. All the interviews have been digitally recorded, transcribed and coded. The material makes up several thousand pages of transcribed interviews. Through a unique coding technique, the interviews are fully coded in order to make full use of the data and conduct thorough analyses.

For projects like the present to have a value beyond the narrow project definition, which is perhaps the difference between research and consulting, it has to be founded on previous research and placed in a larger context. We have gathered the experience of each of the five actors listed above and given them a separate chapter. In each chapter, we provide a thorough summary and discussion of national and international state of the art literature. This has been the starting point for our own provision of research-based knowledge.

The research group responsible for this report, Group for labour and health research, is a multidisciplinary research group which consists of economists, political scientists, sociologists, educationists, and health professionals (one GP and one nurse). The methods employed span from qualitative interviews to complex analyses based on register data. As existing data gave few answers to the research questions, a large part of the project has been dedicated to data collection, and interviews have been conducted up to the very end of the project. The last extensive data collection took place in March 2013, where 10,000 enterprises were asked to share their experiences on the follow-up regime in a large-scale survey.

The project is authorized by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics (2011/2045/REK midt) and the Norwegian Social Science Data Services (NSD no. 27830 and 27896).

The different actors in the follow-up regime – findings

The employee

In general, the employees appreciate the focus on good routines and systems to follow up of employees on sick leave. Individual follow-up plans and dialogue meetings are considered good tools to ensure that employees on sick leave are followed up by their employer. However, they share some of the negative experiences of the employers. There are complicated regulations in a bureaucratic system with extensive reporting, controls, and sanctions. Through qualitative interviews with long-term sick-listed employees we found several elements that employers, NAV and the OHS should be aware of.

Perhaps the most valuable insight from the interviews with employees on a long-term sick leave is how unique each case of absence is. Here, we do not refer to how some sick-listed are satisfied with their employer and some are not, but to the course of events itself. We find large variations in the order of events, the combination of different events, when an event occurs, and who has been involved at the different stages in the process. Early in the project, we realized that our quest for commonalities across the different trajectories was going to be demanding. At the same time, a basic purpose of this kind of qualitative data is to give insight in the variations and nuances that exist. We hope that we have succeeded in reproducing the variety and complexity that characterise some of the cases of long-term sickness absence, where several different actors and events contribute to the final outcome.

From the interviews we see that in many situations, carrying out the specific follow-up duties itself is not sufficient to ensure that sick-listed employees return to work (RTW). While following the rules will be useful in some cases (by clarifying expectations, plan the course of action, and provide predictability for the employee and the employer), the interviews show that some elements, such as the dialogue meetings, can be experienced as an additional strain. Our message here is therefore that it is important to practise the regulations in a flexible manner. It should also be noted that carrying out as many dialogue meetings as possible should not be the dominating objective at the national level; it is much more important to find out what the massive resource input, through follow-up plans and broad participation in dialogue meetings, actually produces in terms of results.

Among some of our informants, there are those who have not notified the employer or GP about incipient health problems at an early stage, which have resulted in a more difficult RTW. In the worst case scenario, a late intervention (medical or at the workplace) can lead to permanent dropout of the labour market. Employees have a responsibility to notify as early as possible, and the employer has a responsibility to follow up and facilitate adaptations and modifications at the workplace. Even if some health problems occur so abruptly that prevention or planning is impossible, there are many other cases where the sick leave could have been predicted. Our interviews show that in the cases where the sick leave was planned in advance (e.g., because of a cancer operation), the follow-up practice has had a quite different trajectory than in those cases where the need of sick leave was more sudden. When the cause of the sick leave is known and there exists a clear plan for medical treatment, the standardized checkpoints in today's follow-up regime are largely unnecessary.

The employee representatives and the safety delegates are only to a small degree involved in the follow-up of individual employees. They are not obvious actors to be involved in the follow-up of

sick-listed individuals but they are sometimes involved in specific cases where the sick leave has evolved into a conflict. Our respondents (80 per cent employee representatives and the rest largely safety delegates) appear to be more involved in general discussions on sickness absence and follow-up routines. In our sample, main employee representatives and main safety delegates are involved in these issues to a larger degree than the local employee representatives and safety delegates. Yet, most of them have an opinion on the follow-up plans and the dialogue meetings. More than 80 per cent of the respondents believe that the follow-up plan is an important tool for a quick RTW. They are more sceptical towards the dialogue meetings, in part because these can be experienced as additional strain or pressure on people who are ill, and partly because they are too resource-demanding for the employer. In general, nearly all the respondents express that it is important that employees who become ill are followed up by the employer.

The sick leave trajectory itself is affected by a variety of factors, such as the employer's efforts, and the employee's own motivation, job satisfaction, workplace environment, and the trajectory of the medical treatment (and how successful it is). The interplay between these factors will probably have a substantial impact on the duration and outcome of the sick leave trajectory in general. We have also interviewed sick-listed employees in other, partially overlapping projects, and this is a picture that has become very clear. More quantitative research on the experience of the sick-listed is also needed. We are working on this through a project on sick-listed employees in Trondheim municipality, and the results from this project will be published in a separate report.

Our conclusion is that an early and systematic follow-up is important for the employees. Follow-up plans and dialogue meetings are positive elements, but the bureaucratic regime and the resource use associated with this are perceived as unnecessary.

The employer

The employers generally consider it useful to have good systems and routines for following up employees on sick-leave, but employers in enterprises with few employees, low sickness absence, and close contact with their employees, consider that they have less need of formal systems and routines.

Many employers find that the present follow-up regime contains elements that are not important or useful, and that they are given an unfair share of responsibilities and duties. There are few workplaces where there are no economic constraints on the resources available to keep people at work.

From the employer's perspective, making a follow-up plan within the first four weeks of sick leave is useful, even though many employers do not support this measure. Some employers would not like to have any duties at all in following up employees on sick leave, although most employers find that this is an important part of their personnel responsibilities. To ensure that all employees are taken care of and prioritised by their employer, we argue that the making of a follow-up plan should be compulsory and defined in the Work Environment Act as it is today. Two out of three employers seem to agree with this.

Most employers and employees find it useful to make the follow-up plan, and it commits both parties. The follow-up plan should be simplified so that the formulating a plan is not too time-consuming. Perhaps it should also become a more dynamic document. The plan should still be sent

to the GP. The employer has few objections to this, but they are not sure whether the GPs actually read the plans they send them.

Arranging dialogue meetings is resource-demanding if the employers have to invite both the GP and the OHS. Many employers find it useful that the GP attends the dialogue meeting, because they believe the GP should know more about the possibilities for workplace modifications and adaptations in the enterprise. A large share of the employers does not ask the employee if they want the GP (or the person who issued the sick certificate) to attend the dialogue meeting. Not everyone perceives the compulsory participation of the OHS in the dialogue meeting within seven weeks of sick leave as a correct prioritization. There are also many employers who do not invite the OHS because they are not perceived as important. There are no sanctions associated with the OHS' attendance, and many employers have discovered that nobody asks whether the OHS actually participates or not. Therefore, they omit inviting the OHS and contact them only when they find it useful. We do not find sufficient grounds to say that the participation of the OHS is so important that it should be decreed by law.

Dialogue meeting 2 organized by NAV is also found to be important, but most employers think NAV should be involved at an earlier stage.

Few employers support the reporting to NAV after nine weeks. Even if most employers find it useful to send the follow-up plan to NAV, few report of any positive effect of the reporting after nine weeks of absence. By March 2013, less than one out of five employers respond that the reporting in week nine works well. In other words, the problem is not just related to the implementation of a new rule, as in 2012, but to the reporting itself. Even though many employers support the sanctioning of those who do not comply with the follow-up routines, the regulations and follow-up regime have larger consequences. NAV has a control function which ensures that the employers comply with the law when employees are sick-listed, but the institution also plays an important role in the general effort towards a more inclusive working life. Here, the employers are an important collaborator. Many employers do not perceive NAV as a collaborating partner today, and this reduces the possibility that the employers show a positive attitude to social inclusion. 43 per cent of the managers in a sample of 850 enterprises state that the regulations regarding the follow-up of sick-listed employees make for a more restrictive hiring practice. The employers' attitudes are crucial in order to succeed with the overall intentions of a more inclusive working life, and this is the main reason why the follow-up regulations and the present focus on sickness absence need to be changed.

The general practitioner

Our findings indicate that the general practitioners (correctly) perceive themselves as a central actor in the follow-up of the sick-listed employees, and that a majority among them would also like to have a larger liberty in prioritizing among patients. A majority of the GPs find that they have a good dialogue with the employers, and that the dialogue has improved over the last years. Two out of three GPs think that the collaboration with NAV works well; still, more than 50 per cent think that there is excessive control and demands for documentation on part of NAV related to the sick certificates.

As we discuss on several occasions in this report, not all cases of sick leave are the same, and this the GPs know. Therefore, many GPs would like more room for individual follow-up trajectories, where

some sick-listed are followed more closely than others. A small majority also thinks that they should have a larger say in how NAV and the employers follow up sick-listed employees. Overall, the collaboration with the other actors is generally assessed to be well-functioning.

If we look at the specific elements in the follow-up regime, not everything is evaluated as useful or necessary. Only a minority of the GPs report that they use the follow-up plans they receive from the employers. Regarding the dialogue meetings, Dialogue meeting 2 is clearly viewed as the most useful from the GPs' perspective. The dialogue meetings are generally seen as useful only in some cases, which again points to a larger need to differentiate between different groups of sick-listed.

With the implementation of the Coordination Reform, new tasks and the responsibility for new groups of patients with considerable medical needs are transferred to the municipalities. This includes an increased effort in prevention and earlier treatment, in order to reduce the need for specialized health services. As the general population gets older, there will also be an increased need of health services, as older people have more needs for health services. All this implies a larger effort from the GPs in the municipalities, and one cannot at the same time expect that they spend much of their time collaborating with their patients' employers. The GPs spend a lot of time documenting the medical conditions of their patients in the sick certificate. They also participate in dialogue meetings which are not perceived as useful. All this reduces the time available for actually attending to their patients. We recommend a better selection of which meetings the GP should attend. We also suggest that Dialogue meeting 1 is arranged without the participation of the GP or NAV, but that Dialogue meeting 2 should be advanced in cases where Dialogue meeting 1 does not produce any results. Here, NAV should evaluate whether the GP should participate. It is probably not efficient that the employer invites the GP.

The occupational health service

In many cases, it is useful to include the OHS in the dialogue meetings, and perhaps also in Dialogue meeting 2 with NAV. NAV and the OHS have no common venues and therefore little collaboration or contact. The collaboration between the various actors in the system is outside the scope of this project, but it is possible that NAV and the OHS have a potential for more collaboration, not only on the follow-up of sick-listed, but also on social inclusion and senior inclusion. We also observe that the NAV consultants have problems with cases which involve conflicts between employer and employee, and these are typically cases where NAV should refer to the OHS if the enterprise has an OHS contractor. Often, the OHS has a high competence in conflict resolution, but many NAV consultants are not aware of the possible contributions of the OHS, and sometimes, the enterprise is not aware of the competences of the OHS, either.

There is a large variation in the OHS' attendance in the dialogue meetings. In some cases, their presence is very important, and in other cases, it is clearly of no use. A summary of the occasions where the OHS staff considers it particularly important to attend the dialogue meetings and participate in the general follow-up practice gives the following list:

- When the employer and/or the employee has little knowledge about rules and procedures
- When the employer and/or the employee do not see possible workplace adaptations or modifications themselves

- When the employer and/or the employee have little knowledge about possible treatment or measures from NAV
- When the dialogue between employer and employee is bad, e.g., in cases of conflicts
- When the sickness certificate is not clear, i.e., the more complicated cases
- When health problems affect the work capacity, but there is potential for workplace adaptations
- When there is a need for communication with the GP or other health personnel where the OHS can contribute.

Which role the OHS can play is also related to which enterprises are decreed to have an OHS contractor. The business sector guidelines list which sectors are comprised by the duty to have an OHS. According to the National Labour Force Survey by Statistics Norway, in 2009, 57 per cent of all employees work in an enterprise obliged to have an OHS contractor. After 2010, the share is even bigger, as a number of new enterprises (health, social services, and education, among others) were included in the duty to have an OHS contractor.

A central question here is whether the enterprises which are required to have an OHS actually are those which need one, cf. the above list. The challenges related to the follow-up of sick-listed are often more notable in smaller enterprises which do not have a professional administration with knowledge about regulations, treatments, and possible measures.

To conclude, the OHS personnel believe that it is useful to participate in some dialogue meetings. Dialogue meeting 1 is an important arena for the OHS to identify work environment problems and other relevant issues. Some of the commercial OHS use the dialogue meetings as an opportunity to offer new services to the enterprise. The smaller, internal OHS perhaps also becomes more involved in the prevention and follow-up on a general level, where they have a better opportunity to contribute to the systematic work on sickness absence in the enterprise. The non-commercial OHS probably have better opportunities to play a critical role here than the commercial actors. The competition in the OHS market is hard, and this probably affects how critical the OHS allow themselves to be and how much they demand from the employer. The OHS is easily replaced if the employer finds that the current contractor demands too much effort and resources. We find that the employers who have a contract with a client-based OHS are more satisfied with their OHS' contributions in the work on sickness absence.

We also conclude that Dialogue meeting 1 is an important arena for the OHS, although there are many cases where the presence of OHS does not have any effect of the outcome of the sick leave after seven weeks. There is therefore no reason to demand that the employers should always invite the OHS to the dialogue meetings. At present, not all employers invite the OHS on a routinely basis. This is either because they do not know that they should do so, they do not think that their participation is needed, or they prefer to use their OHS resources differently. There is no control or sanctions related to the participation of the OHS in the dialogue meetings.

Another challenge is that only Inclusive Working life (IA) enterprises receive reimbursement from NAV for the participation of the OHS in the dialogue meetings. This seems unjust, as both IA and non-IA enterprises have to follow the same follow-up regulations, while only the IA enterprises have the possibility of letting NAV pay for the OHS' participation in the dialogue meetings.

The social partners in the IA agreement (the employer and employee organizations) have argued strongly that some instruments should be available for IA enterprises only, and probably, many enterprises have signed the IA agreement precisely because of these benefits. Whether one can impose a regulation on all enterprises when only some of them can have the associated costs reimbursed should be evaluated, if this has not already been done.

NAV

NAV has a large role in the follow-up regime, and is probably, together with the GPs, the actor which can make the largest difference in the follow-up of sick-listed employees, both directly and indirectly.

Follow-up of sick-listed as a bureaucratic process

To ensure an equal treatment and effective control, there exists an extensive system where the individual cases are treated according to tight procedures. The consultants monitor the routines and the defined time-limits. The Labour and Welfare Service makes the routines according to their own tasks.

Many of the NAV consultants we have interviewed would like to see a more individualized follow-up and the possibility to prioritize among "the right cases". They would like a more direct and active individual follow-up in the cases where the NAV consultant can affect whether a person stays on the labour market or drops out through disability pension or ends up without rights to social security. With the current routines, NAV receives all the sick certificates, and the consultants have limited information to identify the cases where they should intervene at an earlier stage or with more resources.

NAV as a gatekeeper?

NAV is probably a better gatekeeper for social security and sickness benefit than the GP is able or willing to be. If NAV and the GP collaborate well, this could give a good follow-up of sick-listed employees and ensure that NAV enters at an early stage in the cases where this is needed. To be a good gatekeeper could just as well be to ensure that those in need of help receive adequate assistance, as to ensure that the benefits are not abused. In the present system, the cases are usually not categorized, and NAV is rarely involved before they evaluate the activity requirement in week eight.

Halt of sickness benefit and week eight activity evaluation

After eight weeks of sick leave, the sickness benefit is automatically stopped. At this point, NAV should evaluate whether there is reason to give an exception to the demand of activity, so that the sick-listed can continue receiving sickness benefit.

The evaluation that the NAV consultants make is two-fold. It is assessed whether there is sufficient medical documentation from the GP, and whether there are conditions at the workplace which could give an exception for the activity requirement. In practice, they usually revise the medical documentation only, because they do not have access to the follow-up plan from the employer, and have limited possibilities to evaluate the conditions at the workplace. The follow-up plan is sent to NAV in the report after nine weeks of absence, and is therefore not available when the consultants make the main evaluation after eight weeks. This is the largest logical fault in the regime as it is today, and NAV has made this point a long time ago, but this has not been taken into account. Therefore, the NAV consultants have no information from the workplace when they evaluate the

activity requirement after eight weeks. There are strict conditions for the GP's justification of how there are medical factors which impede the patient from being in some activity, and NAV can almost always deny an exception, i.e., to put the sickness benefit on a halt, on grounds of insufficient medical documentation. However, the effect of this is limited, as in most cases, the GP makes a better justification, and the payment of sickness benefit is reinitiated. The only consequence is an additional round of documentation on part of the GP, without any effects on the sickness absence.

From what we have understood, the current plan is to increase the focus on the eight week evaluation. The central guideline from the Labour and Welfare Service is that the average duration of sick leave should be reduced. How this should be achieved is up to the local NAV offices themselves, but there are few available options other than an increased effort in the eight week evaluation. The follow-up plans will not be sent earlier, so the only option is to demand more documentation from the GPs. The implication of this is that NAV should make fewer exceptions from the activity requirement and put the sickness benefit to a halt more often. We cannot see that there are any modifications that will change the present practice, that sickness benefit payment is reinitiated shortly after it has been stopped. An increased focus on the early stages could reduce the need for dialogue meetings, thereby liberating resources in NAV, but this focus will have little effect if there are no effective measures they can use at the eight week evaluation. The parties should discuss whether this is a desired development and whether this represents a real austerity measure by increasing the threshold for receiving sickness benefit. Most likely, the situation today is that NAV is doing their job, paying close attention to the rule that "within eight weeks the doctor must issue an extended medical certificate, documenting compelling medical reasons why the employee cannot be in work-related activity". Still, it is hard to see how increased medical documentation could be a solution.

The nine-week reporting has greater disadvantages than advantages

For the NAV consultants, the main problem with the nine-week reporting is that this is the first time they receive the follow-up plan. There are several challenges related to the nine-week reporting:

- The employer reports on how the enterprise has complied with the Work Environment Act (made a follow-up plan and arranged Dialogue meeting 1 at the workplace)
- It is unfamiliar that NAV has a controlling role regarding the Work Environment Act, as this is usually the role of National Institute of Occupational Health
- The reporting provides the basis for potential sanctions against the employer
- The sanctions are associated with the reporting and not on the follow-up of sick-listed employees
- NAV does not have a role where they evaluate the quality of what is reported (not even the follow-up plan), but rather the reporting itself, which is revised to see if sanctions should be effectuated.

Yet, the most serious problem with the nine-week reporting is not the abovementioned points, but that transferring the responsibility to the Employer-Employee registry does not mean that the NAV consultants, who should cooperate with the employers, are sheltered from this system. NAV has an important role in the work for an inclusive working life, and NAV depends on a good relationship with the employers for these efforts to succeed.

We can understand the arguments from the Labour and Welfare Service that the nine-week reporting has substantially increased their level of knowledge on how sick-listed employees are followed up. They receive information on whether a dialogue meeting has been arranged, as well as when and where. They also know whether the meeting was organized as a telephone meeting, whether the GP was invited, whether the GP participated, and if the OHS participated. They also receive information on causes of cancelled meetings, or if the employee failed to attend. They know if a follow-up plan has been made, and if not, why. This gives a lot of information, and it is easy to track the development in these issues on a national and regional level, or according to sector, size of the enterprise, or other characteristics. This information clearly gives an increasing insight in early follow-up as defined by the Work Environment Act, and the delivering of these statistics is one of NAV's assignments in the IA collaboration.

Another important factor here is that the extensive reporting system implies a substantially increased workload for the employers. When the political guidelines emphasize inclusiveness, the job strategy, and flexibility in the working life, a system that makes it costly and demanding to have employees on sick leave makes employers more reluctant to hiring people who they believe will have a higher sickness absence. This, in addition to NAV turning into a controller instead of a collaborator, probably outweighs the use that the Labour and Welfare Service has of the detailed information on the follow-up practice in the enterprises. There are other ways to provide such knowledge than through national registers, such as through good research projects which also take into account the quality in the employers' follow-up practice.

The current reporting within nine weeks probably takes place because there are sanctions connected to it, and not because it leads to better follow-up of sick-listed employees. Since there is no evaluation of the quality of the follow-up, the sanctions are related to the reporting and not to the follow-up. The follow-up plan can be almost empty and still be approved. Rational actors understand this, and they spend consistently less time on making good follow-up plans. As far as we understand, NAV does not work systematically to improve the quality in the follow-up plans that the employers make.

The measures and the users

Even if some of NAV's measures have been evaluated, little is known on whether the most frequently used measures actually have an effect on the likelihood of returning to work after a sick leave. Neither do the NAV consultants, who work on this on a daily basis, know if the measures are efficient. If we understand this correctly, few measures are initiated before Dialogue meeting 2. When talking about unnecessary long-term sickness absence, one should try to define which cases this actually includes. One possibility is to define unnecessary long-term sickness absence as those who are sick-listed even if their health allows them to work. At least to some extent, this is related to barriers associated with returning to the workplace. This could be due to a bad relationship to the workplace and the employer, where the employee does not want to return, or that the employer for some reason would not like the employee to return. If the employee in this situation has good opportunities of finding a new job, this will probably not cause a long-term sick leave, but rather a change of jobs. The challenge here, then, is those with low job mobility, for example through low or very specific qualifications. Therefore, the measures that NAV implements should probably be directed towards increasing the sick-listed employees' qualifications. With a public education system, the regular education system is surprisingly disconnected from the measures that NAV implements.

Collaboration with the GPs

NAV should enter the process at an early stage in the most important cases; they should collaborate efficiently with the GPs instead of controlling medical evaluations. They rarely have the medical qualifications to do so, even if several consultants believe that they are competent, even without formal medical qualifications. Others acknowledge that they do not have this competence and trust the GPs medical judgments. The collaboration between NAV and the GPs does not always function well at the local level, and this should be prioritised.

A good collaboration with the GPs, where the NAV consultants do not have the role of controlling the GPs' medical evaluation, would liberate resources which the NAV consultants could use in targeted efforts towards the enterprises for those patients or users who need assistance.

Early entry in the important cases

For NAV to enter the process at an early stage, they must participate at an advanced Dialogue meeting 2. The NAV consultants working with sickness absence seem to have high competence on the area, and they also see opportunities that they cannot exploit fully in today's system because they have to go through all the sick certificates that they receive, and because they often become involved too late.

The employees on sick leave make up a very heterogeneous group. There should be a sorting between the different cases, and it is hard to see that there are other actors than the GP who could have this task: When should the employer take more responsibility, when should NAV contribute, when is the GPs own follow-up sufficient, or when should other actors be involved in order to speed up a more specialized medical examination or treatment. With the development of such a system in collaboration with the GPs, the NAV consultants could better structure their efforts and utilize the professional resources within the organisation. The employers would also receive a more targeted assistance. In the present system, the NAV consultants have limited possibilities to identifying the important cases at an early stage.

What should be NAV's role?

We see a potential of improvement in role NAV is assigned, and how they follow up employees on sick leave. A better role for the market teams or follow-up teams in NAV could be to work towards the employers to teach them good routines, build up a good collaboration with the GPs, and enter early in the cases where NAV's assistance is needed, as well as training GPs and employers in how they best can make use of NAV's resources. NAV should also construct meeting places with the OHS. Here, there is a large unused potential if they want to increase their impact towards the employers. NAV Working Life Centres and the NAV offices should also develop good ways to cooperate, as the potential is currently exploited to a limited degree only. By developing a well-functioning sorting system for the individual cases of sickness absence, NAV could achieve a substantially better structure in its work, and the professional resources in NAV could have been used in a far better way.

There is a lack of research-based knowledge

There is a lack of research on measures for employees on sick leave, incentives for the employers and the employees, and on what is the most efficient intervention when the employer and employee have a poor relationship. NAV consultants do not quite know what to do when they discover such bad relations, and nobody else who knows exactly either. At present, nobody has the role of intervening in such cases. This could be because over the last years, not much attention has been

paid to the relations at the workplace within the framework of the IA agreement. The efforts have largely been directed towards the follow-up of employees on sick leave. However, as we discuss in the next section, the effect of the follow-up may depend precisely on good relations at the workplace.

The workplace relations prior to the sickness absence

In order to understand different types of sickness absence, the employees on sick leave can be grouped in various ways, according to diagnosis, duration of absence, sector, enterprise, age, or other characteristics. However, such groupings are usually of little use, since the *relational* context is not taken into account. With the exception of self-employed persons and a few other cases, the sick-listing takes place in a setting of an employment with a formal relationship between employer and employee. To understand how the follow-up routines of sick-listed persons work, one should take this relationship as a starting point. Generally speaking, there exist four possible workplace relations when an employee is on sick leave:

- The employer and the employee have a good relationship, and both favour a quick RTW when the health condition of the employee allows him or her to do so.
- The employer and the employee have a bad relationship, and none of the two is motivated for a RTW.
- The employer is negative, while the employee is positive.
- The employer is positive, while the employee is negative.

As we will see, the outcome of the sick leave depends on the employee's health on one hand, and on his or her possibilities on the labour market on the other hand, including local labour market conditions and the employee's qualifications and experience. A person with high job mobility typically lives in an area with a heterogeneous labour market characterized by different types of employment opportunities and a variety of in the skills demanded. He or she has qualifications, experience, or personality which makes him or her attractive on the labour market. A person with low job mobility, on the other hand, typically has low or very specific qualifications, and lives in an area where the local labour market is weak. In the following, we discuss the four possible workplace relations listed above, job mobility, and the outcome of the sick leave.

The employer and the employee have a good relationship, both are positive and motivated

This is a relationship characterized by trust, where the employer believes what the employee says, and where the employee feels confident that the employer has his or her best interests in mind. If a sick leave occurs, both parties want the employee to return to work as soon as he or she is ready to do so. The employee has an adequate threshold to ask the general practitioner for a sickness certificate, and the employer knows this. In this case, the follow-up regime has little effect, since the parties involved would make their best efforts anyway to facilitate a quick RTW. The result is almost always that the employee returns to work when his or her health allows it. This is most likely the most common outcome of a sick leave. Here, the outcome does probably not depend on job mobility, but on the employee's health:

- The employee's health is good enough to work: Workplace adjustments are made so that the employee can keep working, whether fully or partially.
- The employee's health is too poor for him or her to work: When the sickness benefit rights expire, and possibly after a period of receiving work assessment allowance (AAP), a disability pension is finally granted.

To reduce long-term sickness absence and to avoid that people drop out of the labour market, one should probably focus on those who do not return to work even when their health condition allows them to. Therefore, we have looked specifically into this group, where the relationship between the employee and the workplace are typically not as well-functioning as described above. By referring to the employer, we also refer to the workplace in general, since the sick-listed employee could have a poor relationship to the colleagues, his or her work tasks, and/ or the manager.

The employer and the employee have a bad relationship; none of them is positive or motivated

If the relationship between the employer and the employee is poor, and none of them has any interest of continuing the employment, the employee may utilize a sickness certificate for avoiding having to go to work, or the threshold to ask for a sickness certificate can be lower if health problems arise. The employer is negative to the possibilities of workplace adaptations, and is not willing to spend resources on modifying the employee's working conditions. Neither is the employee interested in modifications that could facilitate working despite of the health problems. This situation can give repeated sick-listings, but also deteriorating health as a result of the bad relationship. The employer is critical and suspicious to the need of sickness absence, and the general practitioner is accused of too easily issuing sickness certificates. The employer is also critical of NAV's contributions. Given the employee's health, the outcome is contingent on the labour market and the employee's job mobility:

- High job mobility: The sick-listed does not feel wanted at the workplace, and finds another job then the health allows him or her to return to work.
- Low job mobility: The sick-listed has limited opportunities at the labour market and becomes long-term sick-listed. When the sickness benefit rights expire, and possibly after a period of receiving work assessment allowance (AAP), a disability pension is granted. NAV has few intervention opportunities due to the person's low job mobility.

In this case, the sick leave and the follow-up process have been used to getting rid of a poorly motivated employee, and the employee has used the sick-listing for withdrawing from a workplace where he or she has a poor relation.

The employer is negative, while the employee is positive

This situation can occur for different reasons; however, when it arises, the case is that the employer would like to get rid of the sick-listed employee and replace him or her with somebody more productive or who fits more in at the workplace. In this case, the employee might think that he or she does a good job and fits well, but lack of communication or clarification may cause the employer and employee to perceive the situation differently. The employer is negative to the possibility of workplace adaptations and is not willing to spend resources on modifying the employee's working conditions. The sick-listed would like to keep working, but experiences lack of commitment from the employer. In cases where the employer has not communicated that he or she is not satisfied with the

performance of the sick-listed, this lack of commitment can be perceived as harsh and unfair. Given the employee's health, the outcome in this case depends on job mobility.

- High job mobility: The sick-listed does not feel welcome at the workplace, and finds another job when the health allows him or her to return to work.
- Low job mobility: The sick-listed has limited opportunities at the labour market and becomes long-term sick-listed, before receiving AAP and finally disability pension. NAV has limited possibilities to intervene, because the sick-listed has low job mobility.

The employer is positive, while the employee is negative

This is also a difficult situation, as the employer has good intentions, but deals with an employee who is not willing to take the necessary steps to return to work when a health problem has caused a sick leave. There may be conditions outside of work which cause the need of sick leave, but the sick leave is not sufficient for the employee to recover and return to work. In other words, there are factors outside the workplace which hinder a successful RTW. Often, the employer has done everything that could be expected and more. In these cases, it may take time before a solution is found, because the employer is willing to give the sick-listed more time. These cases are often difficult and frustrating for the employers, who experience little help from NAV and the GP. In some cases, the employee may be able to mobilize the extra resources to return to work, but if he or she does not change into a positive attitude, the outcome will be the same as above.

- High job mobility: The sick-listed has no interest in returning to this job and will find another job when the health improves.
- Low job mobility: The sick-listed has limited opportunities at the labour market and becomes long-term sick-listed, before receiving AAP and finally disability pension. NAV has limited possibilities to intervene, because the sick-listed has low job mobility.

One factor that becomes clear after this categorization is that those who remain long-term sick-listed after the health conditions allow them to return to work, have a poor relationship with their employer and low job mobility. This is due to a selection effect where those with a high job mobility are able to find a new job if they have a bad relationship to their employer.

In the table below we have systematized the different combinations of health, job mobility, and the employer's and employee's motivation.

Implications

The table and description above indicate that NAV should mediate jobs to a larger extent than today. It is necessary to evaluate whether the measures that NAV currently initiates for the sick-listed have an effect on the probability of RTW. If the combination of health, job mobility and relation to the present employer and workplace are not taken into account when NAV chooses among the available measures, this could lead to some measures being initiated even if it is not very likely that they have any effect.

| Motivation /attitude | Health prospects | Job mobility | Employer | Employee | Outcome | Potential | Role of NAV | Role of GP |
|--|------------------|--------------|----------|----------|-----------------------|------------|-----------------|------------|
| Situation 1 | Good | Good | Positive | Positive | RTW | RTW | No role | No role |
| | Good | Bad | Positive | Positive | RTW | RTW | No role | No role |
| | Bad | Good | Positive | Positive | Graded RTW | Graded RTW | Partial benefit | Medical |
| | Bad | Bad | Positive | Positive | Graded RTW | Graded RTW | Partial benefit | Medical |
| The outcome is independent of job mobility and depends on the employee's health only. | | | | | | | | |
| Situation 2 | Good | Good | Negative | Negative | New job | New job | Job mediation A | Clarified |
| | Good | Bad | Negative | Negative | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation B | Clarified |
| | Bad | Good | Negative | Negative | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation C | Medical |
| | Bad | Bad | Negative | Negative | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation D | Medical |
| Unlikely that the sick-listed returns to the same job. Contingent on the employee's health condition, Job mediation B should be proposed early in the process. | | | | | | | | |
| Situation 3 | Good | Good | Negative | Positive | New job | New job | Job mediation A | Clarified |
| | Good | Bad | Negative | Positive | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation B | Clarified |
| | Bad | Good | Negative | Positive | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation C | Medical |
| | Bad | Bad | Negative | Positive | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation D | Medical |
| Unlikely that the sick-listed returns to the workplace. Choice of strategy either to give the employer incentives to keep the employee, or Job mediation B should be proposed early in the process, contingent on the employee's health condition. | | | | | | | | |
| Situation 4 | Good | Good | Positive | Negative | New job | New job | Job mediation A | Clarified |
| | Good | Bad | Positive | Negative | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation B | Clarified |
| | Bad | Good | Positive | Negative | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation C | Medical |
| | Bad | Bad | Positive | Negative | Long-term sick-listed | Inclusive | Job mediation D | Medical |
| Unlikely that the sick-listed returns to the workplace. Choice of strategy either to motivate the employee to stay in the same job, or job mediation B should be proposed early in the process, contingent on the employee's health condition. | | | | | | | | |

Job mediation A: The sick-listed needs little assistance, has good opportunities, and makes most of the transition alone.

Job mediation B: The sick-listed has good health, but limited opportunities on the labour market. Here, there is a large potential of inclusion through collaboration with NAV and other stakeholders. The outcome depends on the motivation of the sick-listed and the inclusiveness of potential employers.

Job mediation C: The sick-listed has poor health, but would otherwise have had good opportunities on the labour market. He or she needs help from NAV at finding a job, as well as partial disability pension or a time-limited wage subsidy in order to succeed on the labour market. In addition to the employee's health, the outcome depends on the motivation and attitudes of the employee as well as among potential employers.

Job mediation D: The sick-listed has poor health and low job mobility. This is a difficult combination, but possible if the health condition of the sick-listed allows him or her to do some work. In addition to the health condition, the outcome depends on the motivation and attitudes of the employee as well as among potential employers.

Findings and conclusions on specific elements in the regime

Making a follow-up plan within four weeks of sick leave

According to the Work Environment Law, the employer should make a follow-up plan in collaboration with the sick-listed employee within four weeks of absence. The follow-up plan should contain an assessment of the employee's work tasks and work capabilities. It should also contain relevant measures on behalf of the employer, relevant measures with the support from the authorities, and a plan for the subsequent follow-up.

The purpose of the follow-up plan is that it should commit both employer and employee to go through the situation and possible solutions. It is emphasized that the content in the plan is real and that both employer and employee should agree with and sign the plan. We find that individual follow-up plans are usually made within the first four weeks of absence, but the content varies a lot. In many cases, not much is written in the plans. This does not necessarily mean that a follow-up plan does not exist; rather, they could agree on a plan, and perceive further documentation as unnecessary. This could potentially be resource-efficient. To out of three employers in IA enterprises find that the follow-up plans are useful tools for a quick RTW. The employees think that the plan contributes to a better follow-up, but that the plan does not necessarily lead to a quicker RTW.

The follow-up plan should satisfy several actors. It should provide both the GP and NAV with sufficient information for them to make their assessments. As it is today, the content of the follow-up plan is not subjected to control. At present, it is NAV's duty to control that they receive the plan and other reporting from the employer, and if this is not the case, sanctions against the employer are to be effectuated. When the employer experience that nobody actually reads the plans, it is probably quite natural that the content in the plan is not prioritized; the sanctions are never carried out because of the content or quality of the plan, only because of lack of reporting.

The plan is first and foremost a plan for the employer and the employee. For this purpose, it usually works quite well, but it is perhaps not the plan itself that is important, but rather that they get to sit down and talk and maybe make some important clarifications. The challenge is when other actors actually should interpret what is stated in the plan. According to NAV and the GPs, they lack information on the possibilities of workplace modifications, and the plans do not contain a description of the employee's tasks. For the employer and employee, this is obvious, and it makes little sense for them to make such descriptions. As long as the follow-up plan is primarily a plan between the employer and employee, one cannot at the same time demand that it satisfies the needs of the GP and NAV.

Many employers have received good training at the NAV Working Life Centre in making good follow-up plans. This could make them able to write plans that provide important information to NAV and the GP, while it is still a plan between the employer and the employee. For example, it could be that a review of the employee's work tasks could be a good introduction to the follow-up.

For many employers, the follow-up plan is used to document the various measures that have been tried out, with the possibility of a dismissal or a conflict with the employee at a later stage in mind. This is a different motivation than the purpose of the follow-up plan, but it could lead to better documentation. Whether this leads to a better follow-up is not certain, but one could think that

more attention paid to a case of sick leave will make it easier to see potential solutions and possibilities. Therefore, it could be that the follow-up plans are more thorough in the cases where there are few possibilities to make modifications or adaptations, because here, the plan is about documenting that everything possible has been tried out, with a potential dismissal in mind.

Conclusion: *The demand that a follow-up plan should be made within four weeks of sick leave should be continued, but the plan should be made simpler, and one should evaluate what type of information is necessary in the plan.*

The health professional who issued the sickness certificate (usually the employee's GP) should receive a copy of the follow-up plan

It was the Norwegian Medical Association who wished that the GPs should receive the follow-up plan from the employer. The argument has been that the employer can communicate to the GP which possibilities they have to make workplace adaptations, so that the GP can make a medical assessment on the background of the situation at the workplace. The problem is that the follow-up plan rarely contains the information the GP needs to make these evaluations. We do not think that this is due to bad intentions from employer and employee, but rather a lack of understanding of what kind of information the GP needs to make a good assessment.

The GP, on the other hand, would like to follow-up plan to arrive together with the patient, and not by mail. The medical offices usually do not have good systems to receive plans that arrive in a paper format from the employer. Half of the GPs report that they have their own system where the plans are scanned and attached to the patient's medical record, while 23 per cent file the plans in binders.

Less than one out of three GPs states that they use the follow-up plans actively in their dialogue with the patient. 50 per cent of the GPs state that often, they have not received the follow-up plan before Dialogue meeting 1. The GPs think that the follow-up plan usually does not contain much of relevance. They can use the plan to try to understand what kind of relationship the employer and the employee have, but what they need the most is information regarding the possibilities of workplace modifications.

Conclusion: *The demand that the follow-up plan should be sent to the person who issued the sick certificate should be continued, but it should come either as an electronic document from NAV, or it should arrive together with the patient. If the employee brings the plan at the first consultation after the plan has been made, this could make workplace adaptations a topic at the consultation. Some employers already do this. In general, the GP has limited information about the adaptation possibilities at each workplace, and it cannot be expected that the GP has this type of information. If the patient brings an outline of possible adaptation, at least the employer gets the chance to communicate this. The employer thinks that the GP should attend Dialogue meeting 1 most of all to be able to explain them the possible workplace adaptation they have. If the GPs get this information at an early stage directly from the patient, this would reduce the need for the GP to attend Dialogue meeting 1.*

If the employee has been on a (graded) sick leave for seven weeks, the employer should take the initiative to Dialogue meeting 1

Many dialogue meetings are experienced as unnecessary by employer and employee alike, especially when everything has already been discussed when writing the follow-up plan. In many cases, the dialogue meeting takes place too close to the moment when the follow-up plan is decided upon. Nevertheless, it is an important check point, and a well-established routine.

Conclusion: *To ensure that all employees on sick leave are followed up, Dialogue meeting 1 should be continued, but with only the employer and employee present.*

We suggest that if the employer and employee are not able to make good plan for the follow-up, Dialogue meeting 2 should be advanced, and NAV should be notified. NAV, the employer, or the employee can also assess whether the GP should also attend.

The health professional who issued the sickness certification should participate in Dialogue meeting 1 unless the employee does not want him or her to be present, or it is deemed unnecessary

The GPs find that it is not a good prioritization to spend a lot of time on meetings with the employers, where they have a mixed role as medically responsible and as a gatekeeper for the sickness benefit. The GPs consider treatment of patients and their new tasks related to the introduction of the Coordination Reform as more important. It is not possible to find any particular effect of the duration of the sick leave from the participation of the GPs, and the employers would like them to attend so that they get to know about the possible workplace modifications.

The GPs, on the other hand, would like more information on possible workplace modifications in the follow-up plan. One solution could be to either specify the workplace modifications in the follow-up plan or in a separate document that describes the possibilities in general, that the employee could bring the GP. These documents should reach the GP together with the patient if the GP is to use them actively in the dialogue with the employee on sick leave.

Conclusion: *The GP should not attend Dialogue meeting 1 arranged by the employer. If necessary, the GP should attend Dialogue meeting 2 if this has been advanced, together with employer, employee and NAV. Often on Dialogue meeting 2, NAV has missed out of what the GP and employer have agreed on at Dialogue meeting 1 or in other communication. Often, it is NAV who has access to the necessary measures and instruments which should be initiated at an early stage; the GP is responsible for the medical assessment.*

The occupational health service should be present at Dialogue meeting 1 if the enterprise has one

In some cases, the OHS can make a difference on the outcome of a dialogue meeting, but we do not find that it is likely that OHS can make a contribution at all the dialogue meetings. Often, it is not a good use of resources that the OHS should attend the dialogue meetings. The OHS should to a larger extent work on a systemic level to prevent sickness absence and to contribute to good relations between employer and the employees.

Conclusion: *It should not be compulsory that the OHS attends all dialogue meetings. It should be left to the employer, who pays the costs of having an OHS, to evaluate how these resources should be used. If it is desirable to give the OHS a clearer role in the work on sickness absence, the solution is not to have the OHS attend all dialogue meetings, but rather to give them another compulsory role, such as evaluating whether the relation between employer and employees is good enough to prevent sickness absence and social exclusion. If not, relational measures or others should be initiated.*

The follow-up plan should be updated at Dialogue meeting 1

At present, this is usually not done, because there is only a short time span between the writing of a follow-up plan and Dialogue meeting 1.

Conclusion: *With a demand that Dialogue meeting 2 should be advanced if the employer and employee are not able to agree on a good follow-up plan, this will have a larger value. In the cases where NAV and the GP are involved, this could be done at a Dialogue meeting 2 that has been advanced. In this case, the follow-up plan could be sent NAV and the GP before the meeting (or the employer and employee present the plan at the meeting) and ask for NAV to initiate an advanced Dialogue meeting 2 and invite the GP is necessary. Thus, NAV enters the process at an earlier stage, and the GP only becomes involved when necessary. Probably, this would make it more important for the employer and the employee to contribute to a good relationship.*

Within 9 weeks of sick-leave, the employer should send the follow-up plan and a report form with information on the follow-up process to NAV

This is the main reason why the follow-up is perceived as bureaucratic. Many employers see the use of sending the follow-up plan to NAV, but the reporting after nine weeks is still complicated and is perceived as futile.

Conclusion: *The purpose of this reporting is to be a basis of sanctioning against employers. The sanctioning is not related to the lack of follow-up, but to the lack of reporting. The production of good data and statistics at the Norwegian Labour and Welfare service does not outweigh the negative consequences of this reporting, as NAV is perceived as a controlling agency rather than an important collaborator.*

NAV should initiate Dialogue meeting 2 within 26 weeks of absence

In many cases, NAV does not meet the employee on sick leave before six months have passed. They themselves often experience that they enter the stage too late. If one succeeds in advancing dialogue meeting 2 where this is necessary, fewer sick-listed employees wait for half a year before something NAV intervenes.

Conclusion: *Whether advanced or not, Dialogue meeting 2 is often an important point of clarification. It should be an objective that one should always agree on further course of action in each case. NAV's measures and instruments must be adapted the actual assistance needs of the users at the various stages. It seems that a lot could be achieved through good work assessment, more flexibility and variety in the possible measures, and stronger incentives for work training.*

It is possible to ask for a Dialogue meeting 3

This is rarely done.

Conclusion: *If nothing is agreed upon on at Dialogue meeting 2, Dialogue meeting 3 should be advanced. The work assessment evaluation could be done before the meeting rather than waiting until 12 months of sick leave, when the employee is transferred to AAP as is the practice today.*

The duties in the follow-up process are the same whether the sick leave is graded or full

This is a question of quantity both for the employers and for NAV. Graded sick leave means that the employee does not have a full capacity, and follow-up is necessary to avoid excessive work load or that the graded sick certificate lasts longer than necessary. Then again the causes of this should be evaluated and the correct measures should be initiated.

Conclusion: *This practice should be continued*

NAV should sanction the parties who do not comply with their responsibility in the follow-up process

The intention of the sanctions is to ensure that employers, GPs and the sick-listed employees comply with the regulations in the follow-up regime. We do not find that the current regime is so correctly defined that the control, reporting, or sanctions can be defended as an efficient measure to reduce unnecessary sickness absence.

Conclusion: *The authorities and the social partners have given NAV the role as a controlling agency rather than a collaborator. The motivation for social inclusion among the employers is weakened, and the system therefore weakens the overarching intentions of the IA agreement.*

Conclusion

There are many different cases of sickness absence. There is an important distinction between those who do not return to work even if their health allows them to do so, and those where long-term sickness absence is necessary to recover. In the latter case, the sick-listed may never get well enough for a RTW, whereas the first case represents what we call an undesirable or unnecessary absence. These employees have a clearly higher risk of dropping out of the labour market through sickness benefits, work assessment allowance, and finally as recipients of disability pension. This is where the main social economic loss takes place, as these people potentially could have been included in working life. This is a main challenge in reducing the sickness absence: It is sometimes hard to know which group the sick-listed employees belong to (due moral hazard in the sickness benefit scheme and asymmetric information). This is why there is an extensive regime to follow up on all sick-listed employees, with demands of follow-up plans, dialogue meetings, reports, controls, and sanctions. Our results show that this regime is very resource-demanding for both employers, NAV and the GPs; even if it is hard to make the case that this has any likely effect of reducing the overall long-term sickness absence.

We find that job mobility and workplace relations play an important role in whether people return to work or not when their health improves. Bad relationships can have deteriorating effects on people's health, but also lead to a situation where the sick-listed does not return to work even when their health allows them to. Those with high job mobility manage on their own; they find a new job when they get well enough if they have a bad relation to their workplace. Therefore, one must assume that those who remain sick-listed when their health improves have low job mobility and a negative relationship with their workplace or parts of it (employer, colleagues, work tasks, or other factors).

Good systems and routines to follow up employees on sick leave is important to ensure that people who are ill, are taken good care of, and for employers to be confident that they know what to do when an employee falls ill. Through the efforts related to the IA agreement and modifications of the juridical framework, many enterprises now have a good system to follow up employees on sick leave, and routines for what to do. Follow-up plans and dialogue meetings at an early stage of the absence are therefore important, even if the regime in its present format and content is not optimal. In practice, the reporting, controls, and sanctions have little effect on who the employer chooses to support through workplace modifications, and on whether or not the sick-listed employees return to work when they recover. Most likely, NAV's measures should to a larger extent be directed towards an increase in qualifications through education, when the alternative is passivity or participation in measures with no documented effect.

We suggest to reset the debate on sickness absence and to reinitiate the discussion with the following question: Why do people not return to work when they are well enough to do so? With this question, new possibilities arise both regarding the system and the regulations (developing a system where potentially unnecessary long-term sickness absence can be identified at an early stage), measures (that take into account that low job mobility and bad relations at the workplace are potential causes of long-term sickness absence), and, in particular, incentives with corresponding instruments (to create good workplace relations and include those with low job mobility).

Reducing the sickness benefit could cause people with health problems to withdraw from the labour market because the risk of participating becomes too high. Increased costs associated with sickness absence could reduce the employers' will to include. A strong emphasis on sickness absence, with reporting, controls, and sanctions on employers and employees probably has the same effect.

It should be emphasised that to evaluate an extensive system like the follow-up regime of employees on sick leave is not hard science. We have gathered thorough information from all the involved parties, and the purpose has been to achieve an overall picture of how the present system works. When we started the project, little knowledge existed in this field, so good data, such as register data, were not available for analysis. There are many dimensions in this project, and we have spent a considerable amount of time to reach the conclusions. We hope that the authorities and the social partners can use the findings from this project in the further work to create a more inclusive working life.

Sammendrag og konklusjoner

Det er mange ulike typer sykefraværstilfeller. Et viktig skille er mellom de som ikke kommer tilbake i arbeid selv om de er friske nok til det, og de tilfeller der langtidsfravær er nødvendig for å bli frisk. I sistnevnte tilfelle blir vedkommende kanskje ikke frisk nok til å være i arbeid nå eller i fremtiden og har behov for uføretrygd. De andre, de som egentlig er frisk nok til å arbeide, står for det vi kan kalle ugunstig eller unødvendig langtidsfravær. De har sterkt forhøyet risiko for å falle ut av arbeidslivet via sykepenger, arbeidsavklaringspenger og til slutt som mottakere av uføretrygd. Det er her det store samfunnsøkonomiske tapet er, fordi disse menneskene potensielt kunne hatt et liv i arbeid i stedet for å være utenfor. Dette er den store utfordringen i sykefraværarbeidet – man vet ikke alltid hvilken gruppe den enkelte sykmeldte tilhører (moral hazard i sykelønnsordningen og asymmetrisk informasjon). Derfor er det innført et omfattende system for oppfølging av sykmeldte, et system som gjelder alle sykmeldte med krav om oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner. Våre resultater viser at dette systemet eller regimet er svært ressurskrevende både for arbeidsgivere, NAV og leger - uten at det kan sannsynliggjøres noen særlig effekt på sykefraværet.

Vi finner at jobbmobilitet og relasjoner på arbeidsplassen har betydning for om folk kommer tilbake etter sykmelding når de er friske nok. Dårlige relasjoner kan både forlenge helseproblemene og hindre tilfriskning, men det kan også føre til at den sykmeldte ikke kommer tilbake i jobb når helsen tilsier at de kunne jobbet. De med høy jobbmobilitet klarer seg selv, de finner en ny jobb når de blir friske nok til det dersom de hadde en dårlig relasjon til arbeidsplassen de ble sykmeldt fra. Man må derfor anta at folk som forblir sykmeldt selv om de er friske nok til å komme tilbake i jobb, har lav jobbmobilitet og dårlig relasjon til hele eller deler av arbeidsplassen (leder, kolleger, arbeidsoppgaver eller annet).

Gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte er viktig for å sikre at mennesker som blir syke, blir tatt godt vare på, og for at arbeidsgivere skal være trygge på hva de skal gjøre når noen av de ansatte blir syke. Gjennom arbeidet med IA-avtalen og lovendringer har mange virksomheter nå på plass et system for oppfølging av sykmeldte og har rutiner for hva de skal gjøre. Oppfølgingsplaner og dialogmøter i en tidlig fase av sykefraværet er dermed viktig, selv om dagens form og innhold ikke er optimalt. All rapporteringen, kontrollene og sanksjonene har i praksis liten betydning for hvem arbeidsgiver velger å tilrettelegge for, og om de som blir sykmeldt kommer tilbake så snart de er friske, eller om de forblir sykmeldte. Tiltak fra NAV bør sannsynligvis i større grad handle om kompetanseheving. I et land som Norge med offentlig finansiert utdanningssystem, bør man i et samfunnsøkonomisk perspektiv i mye større grad bruke kompetanseheving gjennom utdanning som et tiltak når alternativet er passivitet eller deltakelse på tiltak uten dokumentert effekt.

Vi foreslår å nullstille sykefraværdebatten og heller starte om igjen med følgende spørsmål: Hvorfor kommer ikke folk tilbake på jobb når de er friske nok til det? Med dette oppstår en rekke nye muligheter, både i forhold til system og regler (utvikle et system hvor potensielt unødvendig langvarig sykefravær identifiseres på et tidlig tidspunkt), tiltak (som tar hensyn til at lav jobbmobilitet og at dårlige relasjoner på arbeidsplassen potensielt ligger bak langtidsfravær) og ikke minst insentiver med tilhørende virkemidler (for å skape gode relasjoner på arbeidsplassene og for å få til inkludering i arbeidslivet for dem med lav jobbmobilitet).