RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin

TEMA

Sykefravær

ÅRGANG 32 – 2025 / NR. 1

RAMAZZINI

Norsk tidsskrift for arbeids- og miljømedisin

ÅRGANG 32 – 2025 / NR. 1

Utgitt av Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Akersgaten 2
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo
Tlf. 23 10 90 00 / Faks 23 10 91 00

INNHOLD

Leder *Av Anniken Sandvik* 3

Gruppeveiledning i arbeidsmedisin i Midt-Norge *Av Signe Lohmann-Lafrenz* 5

God dialog om sykenærvær *Av Marit Hermansen og Agneta Emma Iversen* 6

Partssamarbeid er en forutsetning for det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet *Av Kristin Johanne Bleie* 10

Sykefraværet sett med Norsk Industris arbeidsmedisinske utvalgs briller *Av Bendik Chr. Brinchmann* 13

Arbeidsmiljøets betydning for sykefraværet *Av Tom Sterud* 15

«Hjemmekontor har gitt meg et nytt liv» – Kan hjemmekontor være arbeidsinkluderende, og til hvilken pris? *Av Siri Yde Aksnes, Cathrine Egeland, Wendy Nilsen* 19

Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær i hjemmetjenesten *Av Rigmor Harang Knutsen* 22

Jag er inte sjuk, bara svensk *Av Ørn Terje Foss* 26

Kurs i vinterland: DNLF-tillitsvaldkurset for NAMF, 5.–6. februar *Av Morten Langeland* 28

Styrets spalte *Av Anne Kristine Jordal* 30

REDAKSJONSKOMITEEN

Anniken Sandvik (redaktør)
Seksjon for Miljø- og
Arbeidsmedisin, OUS
Postboks 4950 Nydalen
0424 Oslo
Tlf. 22 11 79 35
anniks@ous-hf.no

Signe Lohmann-Lafrenz
St Olavs Hospital HF
Postboks 3250 Torgarden
7006 Trondheim
Tlf 72 57 13 13
signe.lohmann-lafrenz@stolav.no

Morten Langeland
Bedriftshelse1
Region Sør
Postboks 178
5602 Norheimsund
Tlf 95726363
morten.langeland@bedriftshelse1.no

Anje C. Höper
Arbeidshelse i nord
Institutt for Samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø
Tlf 77 64 43 42
anje.hoeper@uit.no

Foreningsadresse
Norsk arbeidsmedisinsk forening
Legenes Hus, Christiania Torv 5
Postboks 1152 sentrum, 0107 Oslo

Foreningssekretariat
Kristin Krogvold
kristin.krogvold@legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00

Edith Stenberg
Edith.stenberg@legeforeningen.no
Tlf. 23 10 90 00 - Faks 23 10 91 00

Forsideillustrasjon: iStock

LEDER

Legerollen mellom arbeidet og helsen

Av Anniken Sandvik
anniks@ous-hf.no

Læreboken *Arbeidsmedisin. Yrke og helse i moderne norsk arbeidsliv* fra 1989 innledes med en diskusjon av hva arbeidsmedisin er. Disse refleksjonene er forbausende relevante for dagens diskusjoner om sykefravær. Øivind Larsens definisjon er som følger: «Arbeidsmedisinens objekt er det gjensidige samspillet mellom helse og arbeid, men helst slik at man lar helsen være det egentlige objekt, altså hvordan påvirker arbeidet og arbeidsforholdene helsen. Det omvendte, hvordan helsen påvirker arbeid og arbeidsevne, er interessant og viktig. Men innen hverdagens arbeidsmedisin trer dette mer i bakgrunnen» [1, s. 19]. Jeg tror vi fremdeles er enige om at hvordan arbeid påvirker helsen åpenbart er arbeidsmedisinens domene. Likevel forventes arbeidsmedisineren i stadig større grad å bidra i spørsmål om hvordan helse påvirker arbeid. Her mener jeg det er grunn til særlig bevissthet om hva legerollen kan og bør innebære.

Seleksjonsmedisinske undersøkelser er allerede vanlig praksis i mange bransjer, men er foreløpig strengt regulert av lov og forskrift. Økt grad av helseseleksjon inn i arbeidslivet er en potensiell metode for å redusere sykefraværet. Derfor skal vi vokte oss vel for en innføring av medisinske undersøkelser i arbeidslivet i en bredere skala. Også funksjonsevnevurderinger gjelder helsens betydning for arbeidet snarere enn det motsatte. I slike vurderinger er det en forutsetning at man kjenner mulighetene for tilrettelegging på pasientens arbeidsplass. Her kan arbeidsmedisineren være en ressurs, med den forutsetningen at legen i bedriftshelsetjenestene faktisk blir gitt muligheten til å gjøre seg ordentlig kjent med arbeidsplassene de skal gi råd om. Likevel kan uttalelser om funksjonsevne fort bli problematiske med tanke på legens taushetsplikt. Ikke minst kan pasienten selv føle seg presset til å gi helseopplysningene sine til arbeidsgiver [2].

Det er i hovedsak allmennlegene som er gitt oppgavene med funksjonsevnevurderinger og sykemeldinger. Begge disse oppgavene er å anse som sakkyndige oppdrag, og innebærer en annen tilnærming enn behandlerrollen. Legen forventes å påta seg rollen som portvokter for felleskapets trygdemidler. Det er ikke vanskelig å tenke seg at disse oppgavene kan gjøre relasjonen til pasienten problematisk.

Det er viktig å ha klart for seg at sykefraværet først og fremst er et bedrifts- og nasjonaløkonomisk mål på produksjonstap – det er ikke et direkte mål på verken helse eller arbeidsmiljø [2]. Hovedpoenget ved sykefravær er at enkeltpersonens ressurser ikke strekker til i forhold til de kravene som stilles på arbeidsplassen. Her er det i teorien mye å vinne på bedre kunnskap om forhold på arbeidsplassen slik at arbeidsforholdene både kan forbedres og tilrettelegges bedre for den enkeltes behov. Der det er et misforhold mellom de to, kan arbeidsmedisineren være en ressurs.

Et annet angrepspunkt for å redusere sykefravær er individrettet behandling og oppfølging. Dette kan naturligvis ha noe effekt, men blir i beste fall å regne som sekundærforebygging. Det er mye bedre å gjøre tiltak på arbeidsplassene og i arbeidslivet som forhindrer at folk blir syke eller faller utenfor i første omgang. Dessverre kan individrettet oppfølging også legge sten til byrden for den som har falt ut av arbeidslivet for en periode. Man kan oppleve å bli påført skam og skyld over å være en utgift for fellesskapet og man kan bli møtt med mistro til

hvorvidt man egentlig er syk eller om man har god nok arbeidsmoral. Når det er et økende gap mellom pasienters yteevne og arbeidsplassens krav kan dette like gjerne være forårsaket av strukturelle arbeidsmarkedsproblemer som av moralske eller helsemessige egenskaper hos enkeltpersoner. Det er en risiko for at sykemeldingene tilslører noe som først og fremst er et politisk problem [3].

Vi bør også være oppmerksomme på at det ligger verdivalg og moralske vurderinger bak hvordan vi diskuterer sykefraværet som et samfunnsproblem. I dagens medisin står risikofaktorepidemiologien sterkt og med denne legges det nettopp vekt på individrettet forebygging, ikke minst når det gjelder livsstil. Dette kan gi støtte til oppfatninger om at den som er syk først og fremst bør klandre seg selv [4]. Diskusjonene om trygderettigheter forteller også noe om hvordan vi ser på dem som ikke lenger har produktive kropper. Som arbeidsmedisinere bør vi i særlig grad reflektere over de etiske utfordringene som ligger i rollen vi inntar i skjæringspunktet mellom helse og produktivitet [5].

Arbeidslivet er en god arena for forebyggende helsearbeid. Diskusjoner om sykefravær kan være kompliserte og man kan være uenige om hva legens rolle egentlig bør være på dette feltet. Jeg mener bestemt – som Øivind Larsen uttalte i sin tid - at vi må la helsen være arbeidsmedisinens egentlige objekt.

Referanser:

1. *Larsen Ø, Lie A, Sjølyst RA. Arbeidsmedisin. Yrke og helse i moderne norsk arbeidsliv. Det norske medisinske selskap, Den norske lægeforening. Oslo, 1989.*
2. *Wergeland E, Bruusgaard D. Er fraværsreduksjon en oppgave for leger? Tidsskr Nor Lægefor 2005;125:2984-7.*
3. *Mæland JG. Trygd eller arbeid? Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet. Cappelen Damm, 2014.*
4. *Richards H, Reid M, Watt G. Victim-blaming revisited: A qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain. Family Practice 2004;20(6):711-6.*
5. *Sandvik A. Den produktive kroppen. Ramazzini 2022;29:20.*

I dette nummeret

Debatter om sykefravær har tatt stor plass i offentligheten den siste tiden og det er ingen tvil om at temperaturen har vært høy. Slike diskusjoner er relevante for alle leger, men angår i særdeleshet arbeidsmedisinere. Vi fant det derfor betimelig å vie dette nummeret av Ramazzini til temaet sykefravær.

Vi har invitert representanter for partene i arbeidslivet til å uttale seg om arbeidsmedsin og sykefravær. Marit Hermansen og Agneta Emma Iversen gjør rede for NAVs perspektiv. Kristin Bleie skriver på vegne av LO, mens Bendik Brinchmann legger frem synet til Norsk Industris arbeidsmedisinske utvalg. Videre gir Tom Sterud oss en presentasjon av Stamis forskning på arbeidsmiljø og sykefravær. Cathrine Egeland, Siri Yde Aksnes og Wendy Nilsen fra AFI gjør rede for betydningen av hjemmekontor når det gjelder arbeidsinkludering, mens Rigmor Knutsen skriver om arbeidsmiljøets betydning for sykefravær i hjemmetjenesten. Få også med dere Ørn Terje Foss' betraktninger om bedriftshelsetjenesten og Signes beskrivelse av gruppeveiledning i Midt-Norge. Videre refererer Morten fra tillitsvalgtkurset på Losby. Der var det mange interessante diskusjoner nettopp om sykefravær. Ikke minst var det verdifullt å få besøk av Nils Kristian Klev fra Allmennlegeforeningen som kunne redegjøre for allmennlegenes perspektiv på dette feltet. Her er det definitivt rom for samarbeid. Anne Kristine Jordal skriver også om sykefravær i styrets spalte.

Tusen takk til alle som har bidratt! Riktig god lesning!

Gruppeveiledning i arbeidsmedisin i Midt-Norge

Av Signe Lohmann-Lafrenz, gruppeveileder i Arbeidsmedisin i Midt-Norge
signe.lohmann-lafrenz@stolav.no

I en container på Orkland havn juni 2024. Fra venste: Øystein Bach Ramstad, Ida Lyse, Anne Sporsheim, Mette Greger Mæle, Arnhild Marie Raaen og Signe Lohmann-Lafrenz.

Jeg fikk veldig lyst å vise frem ansiktene til disse erfarne og kommende arbeidsmedisinere som gjennomfører 2-årig gruppeveiledning i arbeidsmedisin [1]. Alle står i ulike livsfaser og skal navigere seg frem og finne mål og mening innen arbeidsmedisinen. Som veileder kjenner jeg på en uro av å se at de utfordringer jeg selv sto med tidligere som fersk arbeidsmedisiner i BHT fortsatt eksisterer og på ingen måte er løst. Samt en uro for å ikke å kunne guide dem godt nok, siden utdanningen som gruppeveileder legger opp til rollen som fasilitator heller enn en vis person med alle svarene.

Etter ca. seks måneder hadde vi en skriftlig evaluering av møtestruktur for gruppeveiledning, hvor vi hadde møtetema 2 om «Egenomsorg» [2] som jeg kondensert vil presentere anonymt i boksen til høyre. Dette i håp om at andre får innblikk i gruppeveiledningen.

Etter denne lille evalueringen tok jeg med meg at jeg måtte bidra med mer struktur, flere kasuistikker og at dette med å få godkjent læringsaktiviteter i ny ordning betyr mye i utdanningsløpet som arbeidsmedisiner. I tillegg kjenner jeg på hvor flott det er å bli kjent med kommende kollegaer på denne måten. Kanskje du som leser selv vurderer å bli gruppeveileder i arbeidsmedisin? [4]

1. Hva har du lært i dag som du kan bruke i din egen praksis?
– Organisering av arbeidsplassen påvirker evnen til egenomsorg. Hva trenger jeg for å ha det bra? Refleksjon om egenomsorg. Mye nyttig prat om artikkel [3] og kartleggingsskjema. God selvrefleksjon og sortering av tanker om fremtiden, inspirerende å høre om andres tanker.

2. Hvordan har gjennomføringen vært i dag?
– Svært bra. Travel. Fin blanding av faglig innhold og refleksjon. Lett å delta aktivt. Bra, fin veksling mellom en-en prat og hele gruppa. Gode diskusjoner. Bra!

3. Hva kan forbedres?
– Frisk luft. Nøyere avklaring av tema og forventninger til forberedelse. Struktur. Mer fokus på å fullføre læringsaktiviteter, som skal dekkes av gruppeveiledning. Vet ikke. Intet spesielt – evt. eksternt foredrag.

4. Hva tenker du om dine egne forberedelser til dagens møte?
– Ok. Vanskelig tema å forberede seg på. Har forberedt meg ved å lese møtetema i veiledningshåndboka. Ok.

5. Annet
– Mer konkrete oppgaver i forkant av møtet med påminnelse og at man innstiller seg på dagens tema. Gjerne flere bedriftsbesøk. Veldig hyggelig med sosial sammenkomst.

Referanser:

1. *https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Arbeidsmedisin/Veiledningsgrupper/Gruppeveileder-i-arbeidsmedisin/*
2. *https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-arbeidsmedisin/aktuelt/2020/ny-veiledningshandbok-for-arbeidsmedisinere/*
3. *https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-016-1802-y*
4. *Ta kontakt med: tor.erik.danielsen@legeforeningen.no*

God dialog om sykenærvær

Av Marit Hermansen, sjeflege i NAV, Arbeids- og velferdsdirektoratet, marit.hermansen@nav.no
og Agneta Emma Iversen, overlege, Arbeids- og velferdsdirektoratet, agneta.emma.iversen@nav.no

Det har rast en debatt om sykefravær siden tidlig høst 2024. Forhandlingspartene i IA-avtalen har bidratt med steile fronter, og Navs sykefraværsstatistikk har båret ved til bålet. Debatten har hatt ulike innganger, men med sykelønnsordningen i sentrum. Her skal vi prøve å gi et litt bredere perspektiv.

Hva skjuler seg bak de høye tallene?

Sykefravær varierer gjennom årstidene. Derfor opererer Nav og SSB med sesongjusterte eller kvartalsvise tall. SSB har oversikt over egenmeldt fravær, mens Nav i all hovedsak snakker om legemeldt fravær da det gir oss mer detaljert kunnskap om populasjonen og sykdomsdiagnosene.

De siste kvartalstallene [1] har vist en fortsatt økning i fraværet etter coronapandemien. I andre kvartal 2024 var tallene de høyeste på 15 år, altså på samme nivå som under svineinfluensaepidemien (Figur 1). Det er flere sykmeldte og de er sykmeldt lenger. Det er en økning i alle diagnosegrupper, i alle bransjer og blant alle yrkesgrupper. Men noen trender skiller seg ut. Psykiske lidelser øker mest, og det er psykiske symptomer og plager som står for mesteparten av økningen (Figur 2). Diagnosen slapphet/tretthet har også økt betydelig siden inngangen av pandemien med en dobling fra 2019 til 2024. Økningen var størst mellom 2020 og 2022. Det er en klar sammenheng mellom gjennomgått covid-infeksjon og denne diagnosen.

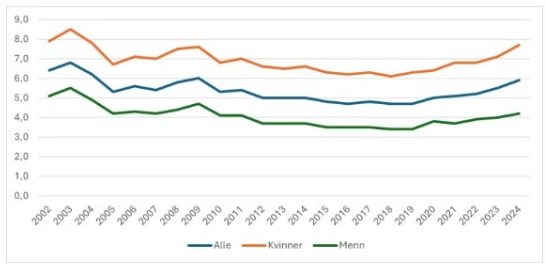
Sykefraværet øker både for kvinner og menn, men det er størst økning for kvinner. Blant kvinnene var det 30-34-åringene som hadde det høyeste sykefraværet. Det er normalt sett flest som er sykmeldt i de eldre aldersgruppene, men økningen er nå størst blant de unge.

Er det bare i Norge?

Det har vært mye diskusjon om vi i Norge har «verdens høyeste sykefravær». Ulike land har ulike ordninger og ulik kvalitet og kilder til statistikken. Derfor er det er vanskelig å sammenlikne statistikk mellom land direkte. Likevel kan statistikk over tid med stor grad av sikkerhet vise at vi ligger helt i tetsjiktet. Dette er ikke overraskende, da vi i Norge har valgt å ha en raus og god sykelønnsordning med få til ingen økonomiske insentiver hverken for arbeidstaker eller arbeidsgiver for å få folk tilbake til jobb før sykepengeåret er over. Så kan vi debattere om det er bra eller dårlig og hvilke konsekvenser andre ordninger ville hatt.

Men uansett om andre land ligger på en kurve som er lavere enn vår, er det viktig å ta med seg at vi ser den samme økningen etter pandemien i land vi liker å sammenlikne oss med. Vi ser også de samme trendene som beskrevet over i landene rundt oss. Det er økende sykefravær, flest kvinner og preget av utmattelseslidelser, long-covid og psykiske symptomdiagnoser (*personlige meddelelser*).

Figur 1. Legemeldt sykefraværsprosent, 2. kvartal 2002-2024



Kilde: Nav

Vårt problem er at nivået allerede var høyt, slik at det hver dag er mange mennesker borte fra viktige arbeidsoppgaver og med fare for å havne utenfor arbeidslivet. Sykefravær med psykiske lidelser gir i gjennomsnitt lengst varighet på sykefraværet. At flere blir sykemeldt med psykiske lidelser påvirker derfor sykefraværet i lang tid og i stor grad.

Arbeid og Helse

«Deltakelse i arbeidslivet er en kilde til opplevelse av anerkjennelse, fellesskap, personlig identitet og god helse.»

Dette står i forordet til den reviderte strategien for Arbeid og Helse [2], som Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet i fellesskap har utarbeidet og vedtok i november 2021.

Strategien tydeliggjør viktigheten av at NAV og Helsetjenesten jobber tett sammen, og i størst mulig grad yter koordinerte samtidige og effektive tjenester. I tillegg må både Nav og Helsetjenesten ha fokus på den grunnleggende forståelsen om hvilken betydning aktivitet og arbeidsdeltakelse kan ha for god helse og gode liv, og at dette i større grad preger tjenestene.

Områder det samhandles om i dag er innenfor psykisk uhelse og muskel-skjelettplager. Her kan nevnes individuell jobbstøtte (IPS), HelseIArbeid og Senter for jobbmestring som eksempel.

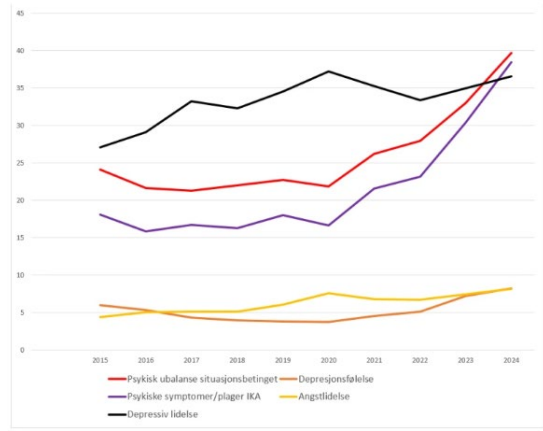
Et annet tiltak for å få til økt forståelse for sammenhengen mellom arbeid og helse innenfor helsesektoren er å få fagfeltet arbeid og helse inn som obligatorisk tema/pensum i alle helsefaglige utdanninger.

Med en strategi for Arbeid og helse er fagfeltet styrket, og det vil kunne bidra til økt fokus og forståelse for sammenhengen mellom arbeid og helse, og for at god samhandling mellom Nav og helsetjenesten er viktig for å få til resultater. Det er et godt utgangspunkt å bygge videre på!

Funksjonsevne til besvær

Dette med «funksjonsvurdering» er gjerne en kjepphest, som kan skape frustrasjon for både sykmelder og Nav. En av årsakene kan være at man ikke er helt omforent i Nav og helsetjenesten med hva

Figur 2. Sykefravær med enkelte diagnoser under gruppen psykiske lidelser. Andel tapte dagsverk per 10 000 avtalte dagsverk. 2. kvartal i årene 2015 – 2024



Kilde: Nav

man legger i begrepet. Hva er det egentlig som skal beskrives? Hvordan skal det beskrives? Hvor omfattende? Hva trenger/krever Nav? Og begrepet finner vi mange steder i folketrygdens regelverk, særlig i kap. 8 som omhandler sykepenger. Det står:

*«Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en **funksjonsnedsettelse** som klart skyldes sykdom eller skade.»*

Som sykmelder skal man dokumentere arbeidsuførheten og må alltid ta utgangspunkt i en funksjonsvurdering. Samtidig må man ta stilling til om det er en sykdom eller skade som medfører nedsatt funksjon, og om pasienten kan utføre sine arbeidsoppgaver delvis, eller ikke i det hele tatt. Nav vurderer i sin tur om dokumentasjonen fra sykmelder gir rett til sykepenger.

Snakker vi godt sammen?

En viktig oppgave for Nav i sykefraværsarbeidet er å ***samhandle med helsetjenesten***, og da særlig fastlegene.

NAV har ansvar for god informasjonsutveksling mellom oss og helsetjenesten. Sykmeldinger, legeerklæringer og dialogmeldinger er hovedkanalen for denne dialogen. Flere utredninger har vist at dagens teknologi, hvor de ulike skjemaene er dypt program-

mert inn i alle journalsystemene, er utdatert og gir lite rom for endring. Nav jobber nå med å teste ut en ny plattform for informasjonsutveksling basert på SMART on FHIR teknologi. Det vil gi større endringsevne og forhåpentligvis bedre kvalitet på dialogen. En videre utvikling vil kunne gi en dialogarena hvor også arbeidsgiver kan gi og få informasjon fra sykmelder på en bedre og mer sømløs måte enn i dag.

Funksjonsvurderingen har vært et sentralt tema i det arbeidet som Arbeids- og velferdsdirektoratet nå gjør med å lage en ny sykmelding. Gjennom høsten i fjor hadde vi en bredt anlagt tjenestedesignprosess hvor vi fikk mange nyttige innspill fra alle partene i sykefraværsarbeidet. Hvordan kan Nav spørre slik at vi får de svarene vi trenger?

> Funksjonsvurderingen har vært et sentralt tema i det arbeidet som Arbeids- og velferdsdirektoratet nå gjør med å lage en ny sykmelding.

Fastlegen/sykmelder kan vanskelig kjenne til alle arbeidsplassene til sine pasienter, hvilke arbeidsoppgaver og hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes der. Dialogen med både pasient/arbeidstager, arbeidsgiver og sykmelder er derfor viktig. Oppfølgingsplanen skal være et verktøy for kommunikasjon mellom sykmelder, arbeidsgiver og arbeidstager. Men erfaringen viser at den ikke fungerer som et god dialogverktøy i dag. Nav jobber med både teknisk løsning og innsikt for å gjøre dette nyttigere for både sykmelder, arbeidsgiver og arbeidstaker.

Dialogmøte 1 er neste arena for denne dialogen. Dersom bedriften er tilknyttet en Bedriftshelsetjeneste (BHT) vil BHT med sin ekspertkompetanse på arbeidsmiljø og helse og sin gode kunnskap om arbeidsplassen være en viktig ressurs i sykefraværsarbeidet.

Eksempelets makt

Det er mye å lære av gode eksempler og historier om arbeidsplasser som finner gode løsninger og får redusert sykefraværet, gjerne sammen med den lokale helsetjenesten. Felles for disse modellene eller endringsprosessene synes å være aktiv og god ledelse, planmessighet og medvirkning. Hvis arbeidsgiver og de ansatte blir enige om hvordan sykefraværsoppfølgingen skal foregå og leder har tid og evne til å holde tett kontakt med den sykmeldte, er det gode sjanser for å få det til.

Det som vil kunne være nyttig for fastlegen/sykmelder er for eksempel en arbeidsplassbeskrivelse fra arbeidsgiver som sier noe om hvilke arbeidsoppgaver som utføres på arbeidsplassen, og hvilke muligheter det er for tilrettelegging eller alternative oppgaver. Denne oversikten kan arbeidstager ta med til sin fastlege/sykmelder, som så kan bli gjort kjent med hva arbeidsplassen kan legge til rette ut ifra pasientens funksjonsevne, og tilpasse riktig sykmelding ut ifra dette. Det finnes også gode eksempler på lokale avtaler hvor fastlege og pasient tar kontakt med leder under konsultasjonen for å snakke om tilpasning.

De rådgivende legene utgjør den trygdemedisinske kompetansen i Nav. En av oppgavene de har er å gi informasjon og opplæring til helsetjenesten innenfor trygdemedisin og regelverket i folketrygdloven. De er i møter med fastlegene, ofte sammen med veileder fra Nav, og spørsmål om sykefraværsoppfølging og regelverk er et vanlig tema. Det arrangeres for eksempel fylkesvise emnekurs for leger hvor sykefraværsoppfølging kan være et av mange trygdemedisinske temaer. Dette er kurs som ofte er aktuelle og av interesse også for bedriftsleger.

IA-avtalen

Siden den første IA avtalen kom på banen i 2001 har Nav og Helsedirektoratet hatt tett samarbeid med profesjonsforeningene for sykmelderne, først og fremst Legeforeningen. Sammen har det vært utarbeidet forskjellige støtteverktøy til sykmeldere, som skal bidra til opplæring, informasjon, refleksjon og kvalitetssikring i sykefraværsarbeidet.

Vi gikk inn i det nye året uten en IA-avtale. Når denne nå er på plass, vil det i tiden framover utkrystallisere seg oppgaver både for Nav og partene i tråd med den nye avtaleteksten. Mens sykelønnsordningen er plassert på politikernes bord.

Hva er ditt ansvar?

Sykmelding er et viktig og kraftig verktøy i legekofferten. Bak alle sykefraværstall skjuler det seg mye sykdom og lidelse hvor sykefravær er riktig og viktig. Men det skjuler seg også mye arbeidsevne som ikke kommer til sin rett. Derfor må alle parter bidra til at sykefraværet blir riktig dosert, slik at alle kan få delta i arbeidslivet etter sin egen evne.

Norge har valgt å bruke deler av sin rikdom på en solid velferdsordning som skal gi oss et trygt sikkerhetsnett, fordele godene og mobilisere den enkeltes ressurser. Offentlig debatt om velferdsstaten er viktig og velkommen. Vi har alle et ansvar for å bringe fram kunnskap og erfaring og lete etter gode løsninger. Og så har hver og en av oss et selvstendig ansvar for å gjøre vårt, slik at ordningene har legitimitet og støtte i befolkningen og hos de som er satt til å styre.

Referanser:

1. *Navs kvartalsstatistikk https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar*
2. *Strategi for fagfeltet arbeid og helse Strategi 2021 – Strategi for fagfeltet arbeid og helse.pdf*

Ønsker du å bidra med en tekst i Ramazzini? Ta gjerne kontakt med en av oss i redaksjonen!

Se nettsiden vår for forfatterveiledning og kontaktinformasjon: Ramazzini (legeforeningen.no)

Hilsen Anje, Morten, Signe og Anniken

Partssamarbeid er en forutsetning for det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet

Av Kristin Johanne Bleie, HMS-spesialrådgiver, LO
kristin.bleie@lo.no

Innledning

LO har blitt invitert til å si noe om sykefravær, partssamarbeid og arbeidsmedisin.

Arbeidstakere som er friske og på jobb er bra for samfunnet, for virksomhetene og ikke minst for den enkelte arbeidstaker. Gjennom høsten 2024 har debatten om sykefravær og sykelønnsordningen fått mye oppmerksomhet. Dessverre har sykefraværsdiskusjonen ikke handlet tilstrekkelig om det forebyggende helse, miljø og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet). I 2018 estimerte Oslo Economics kostnadene ved et ikke optimalt arbeidsmiljø til årlig å utgjøre 75 milliarder kroner gjennom helsetap, redusert yrkesdeltakelse, økt sykefravær, redusert produktivitet og økte behandlingsutgifter i helsevesenet [1]. STAMI har data som viser at flere enn hver tredje sysselsatt (38 prosent) med sammenhengende sykefravær på mer enn 14 dager mener at fraværet skyldtes helseproblemer som helt eller delvis var forårsaket av jobben [2]. Derfor mener LO at det forebyggende HMS-arbeidet bør få en større plass i debatten.

Det forebyggende HMS-arbeidet fungerer best når partene jobber sammen. Og nettopp partene er enige om å definere begrepet arbeidsmiljø til hvordan man planlegger, organiserer og gjennomfører arbeidet. Alle arbeidstakere har et psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø, mens eksponeringer innen fysisk, ergonomisk/mekanisk, kjemisk og biologisk arbeidsmiljø varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass. Og disse områdene har innvirkning på arbeidstakeres helse, fravær og frafall i arbeidslivet. Det finnes mye kunnskap om ulike risikofaktorene i norsk arbeidsliv, i ulike bransjer og yrker helt ned til arbeidsoppgavenivå. LO mener det er viktig at vi bruker kunnskapen og at partene arbeider sammen for å få gode felles løsninger på arbeidsmiljøutfordringer i norsk arbeidsliv.

Sikkerhetskultur fremmer det systematiske HMS-arbeidet

Høy sikkerhetskultur er et kjennetegn på organisasjoner som klarer å jobbe godt forebyggede. Begrepet «sikkerhet» er definert av forskeren Hollnagel til å være «fravær av risiko for uønskede hendelser som kan forårsake skade, død, økonomisk tap eller/og skade på miljøet. [3]. Det som kjennetegner en effektiv sikkerhetskultur er evne til å samle, analyse og dele informasjon om risiko, rapportering av avvik og uhell, en kultur for rettferdighet, fleksibilitet, evne til rekonfigurasjon for å håndtere krevende oppgaver samt kompetanse og vilje til å videreutvikle HMS-systemer. Dette viser hvor komplekst området er, og viktigheten av at vi bruker ressursene til å samarbeide, forsterke og finne felles løsninger. Ansatte, tillitsvalgte, verneombud og ledere kan se situasjonen fra ulike vinkler. Når vi greier å anvende informasjonen fra de ulike partene til å utvikle en felles oppfatning av hva som er problemet og hvordan dette kan løses, er vi langt på vei til å skape et godt arbeidsmiljø.

Det norske arbeidsmiljøregelverket inneholder krav som underbygger utvikling av nettopp denne sikkerhetskulturen. I internkontrollforskriften settes det krav til å gjennomføre *«systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetenes aktiviteter planlegges, organiseres, utføres, sikres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen»*.

Den systematiske tilnærmingen som internkontrollforskriften beskriver, kan brukes på alle arbeidsmiljøfaktorene, henholdsvis psykososialt, organisatorisk, fysisk, ergonomisk/mekanisk, kjemisk og biologisk. I praksis betyr dette at en skal koble sammen risikobildet på den aktuelle arbeidsplassen med regelverkskrav, og jobbe systematisk sammen med arbeidstakerne for å redusere risiko og kontrollere restrisiko.

Arbeidsmiljøregelverket setter krav til partssamarbeid

I aml. kapittel 3 Virkemidler i arbeidsmiljøarbeidet er det tydeliggjort at det er arbeidsgiver som har ansvaret for drive det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet, og at dette skal gjøres sammen med arbeidstakerne. Forskriftsteksten er som følger: *«For å sikre at hensynet til arbeidstakers helse, miljø og sikkerhet blir ivaretatt, skal arbeidsgiver sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte»*.

Rapporten *Partssamarbeid og forebyggende arbeidsmiljøarbeid* (2018) fra SINTEF beskriver hvordan et godt partssamarbeid bidrar til et systematisk og forebyggende arbeidsmiljø [4]. LO kjenner godt igjen at partene på arbeidsplassen må involveres for å få forankring og fremdrift i HMS-arbeidet. I SINTEF-studien ble det identifisert en rekke suksesskriterier for godt forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Eksempelvis prioritering av arbeidsmiljøarbeid fra øverste ledelse, ledere med tilgang til arbeidsmiljøet, at arbeidsmiljøet er knyttet til arbeidshverdagen, bruk av tilgjengelig kompetanse og støtte i det eksterne miljøet, fast struktur på partssamarbeid, og hyppige formelle og uformelle møter mellom leder, tillitsvalgt og verneombud.

Mangler arbeidsgiver og linjeledelsen kvalitetssikret kompetanse i HMS?

Arbeidsgiver har det overordnede og formelle ansvaret for HMS-arbeidet. I dag gjelder følgende for arbeidsgiver i aml. § 3-5: «*Arbeidsgiver skal gjennomgå opplæring i helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid»*. Det stilles imidlertid ingen krav til innhold i opplæringen eller til hvilken kompetanse arbeidsgiver skal ha. I dagens regelverk er det i tillegg ingen krav til opplæring av linjeledere. Det kreves kun «nødvendig kompetanse for å ivareta sikkerheten». I aml. §3-2 b er kravet: «*For å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen skal arbeidsgiver sørge for at arbeidstaker som har til oppgave å lede eller kontrollere andre arbeidstakere har nødvendig kompetanse til å føre kontroll med at arbeidet blir utført på en helse- og sikkerhetsmessig forsvarlig måte»*. Det er ingen krav til hva «nødvendig kompetanse» innebærer. LO mener det er uforsvarlig at det er så lave krav til dem som har ansvaret for utøvelsen av det systematiske HMS-arbeidet.

Hva er konsekvensene av manglende krav til arbeidsgiver og linjeledere?

En sentral sikkerhetsteori er «The Swiss Cheese Model» [5]. Denne modellen kan anvendes til å forklare feil på systemnivå og omtaler to typer feil, henholdsvis latent svikt og aktive feil. Latent svikt kan ligge skjult i lang tid før den manifesteres. Mens aktive feil er risikobaserte handlinger utført av mennesker som er i direkte kontakt med systemet. Ifølge forskeren Reason er nesten alle uheldige utfall en kombinasjon av disse to feilene. «The Swiss Cheese Model» er et godt bilde på at manglede kompetanse innenfor forebyggende HMS hos arbeidsgiver og linjeledere, er en latent svikt som kan medføre mindre fokus på å bygge og vedlikeholde HMS-system. Dette inkluderer risikoreduksjon gjennom aktiv bruk av tiltakshierarkiet, opplæring av arbeidstakere i risikofaktorer, etablering av rutiner, prosedyrer og instrukser sammen med de ansatte, verneombud og tillitsvalgte. Konsekvensen av at en eller flere av de nevnte barrierer mangler kan bli at arbeidstaker utsettes for unødvendig risiko som igjen kan føre til uhelse, skade, sykefravær eller redusert produktivitet. I enkeltsaker er det de arbeidsmedisinske avdelingene i Norge som gjennom pasientutredninger vurderer om det foreligger en årsakssammenheng mellom helseutfall og arbeidsmiljøfaktorer.

De arbeidsmedisinske avdelingene i Norge

Vi tilbringer mye av tiden vår på jobb. Derfor er vi avhengig av å bruke kunnskap om hva som påvirker arbeidstakeres helse, fravær og frafall i arbeidslivet, slik at flest mulig kan stå i arbeid. De arbeidsmedisinske avdelingene har et viktig samfunnsoppdrag som er godt beskrevet i NOU 1988:41 [6]. Avdelingene skal arbeide med primærforebygging gjennom å være konsultasjons- og informasjonsorgan for myndigheter, institusjoner, bedrifter og enkeltpersoner, der det gjelder yrkesmedisinske spørsmål. Videre skal avdelingene arbeide med sekundærforebygging gjennom å oppdage sykdom på et tidlig tidspunkt og stanse, reversere eller forhindre forverring av sykdommen. Tertiærforebygging er et viktig tiltak for å redusere konsekvensene av sykdom, f.eks. ved å foreslå tilrettelegging i arbeidet. Vi har 6 arbeidsmedisinske avdelinger i Norge; Universitetssykehuset Nord-Norge (Tromsø), St. Olavs hospital (Trondheim), Haukeland universitetssykehus (Bergen), Sykehuset Telemark (Skien), Oslo universitetssykehus (Oslo) og STAMI (Oslo). Ved de arbeidsmedisinske avdelingene er det tverrfaglig kompetanse innen arbeidsmedisin og yrkeshygiene, og enkelte avdelinger har også spesialister i lungesykdommer, hudsykdommer, nevrologi, psykologi og toksikologi.

Mange arbeidstakere har stått for lenge i helsefarlige eksponeringer. I flere tilfeller er de heller ikke klar over at dette har påvirket helsen negativt. De arbeidsmedisinske avdelingene ved sykehusene har kompetanse til å avdekke arbeidsrelatert sykdom. Det er strenge årsakskriterier for at sykdommer skal inkluderes på den norske yrkessykdomslista. I praksis betyr dette at alle yrkessykdommer kan forebygges siden eksponeringsfaktorene er kjent. Likevel oppstår samme type yrkessykdom fra samme type bransje, yrke eller arbeidsoppgave år etter år. I andre tilfeller viser de arbeidsmedisinske utredningene at helseplagene til arbeidstaker mest sannsynlig er relatert til eksponering på jobb, men at den aktuelle eksponeringen ikke er på yrkessykdomslisten. Det er likevel nyttig for arbeidstakeren å få informasjon om sammenhengen mellom egen sykdom og eksponeringsforhold, for få igangsatt forebyggende tiltak. En stor andel av arbeidstakerne som utredes ved disse avdelingene er fortsatt i arbeid, og har krav på tilrettelegging/omplassering i henhold til § 4-6 i aml. Det er også arbeidstakere som henvises til arbeidsmedisinske avdelinger på grunn av bekymringsfulle eksponeringssituasjoner, eksempelvis gravide arbeidstakere og akutte eksponeringer. For disse arbeidstakerene er det av stor verdi å få en avklaring på om eksponeringen er helsefarlig eller ikke.

Konklusjon

Dersom det forebyggende HMS-arbeidet skal drives mer målrettet og effektivt enn det gjøres i dag, må alle partene involveres og bidra. Vi vet fra forskning at sikkerhetskultur kun kan bygges når partene arbeider sammen om dette.

Det er arbeidsgiver som har ansvar og myndighet for å få forebyggende HMS-arbeid omsatt til praktisk handling ute på arbeidsplassene. Svikter HMS-fokuset hos leder kan det føre til en dominoeffekt som forplanter seg nedover i organisasjonen, helt ned til den enkelte arbeidstaker.

LO mener at det må settes krav til at arbeidsgivere og linjeledere har dokumenterbar nødvendig HMS-kompetanse. Det må stilles krav til innholdet i arbeidsgivers opplæring, samt krav om faktisk opplæring av linjelederne. Dette vil kunne bidra til å redusere arbeidsrelatert sykdom, og føre til lavere sykefravær og mer verdiskapning for virksomhetene.

LO mener de regionale arbeidsmedisinske avdelingene har en unik kompetanse og rolle i det forebyggende arbeid både på individ, virksomhet og myndighetsnivå. Denne rollen bør ivaretas og videreutvikles i takt med et arbeidsliv i stadig endring.

Referanser:

1. *https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2018/05/Samfunnsnytten-av-bedriftshelsetjenesten.pdf*
2. *https://noa.stami.no/wp-content/uploads/2024/09/Faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2024.pdf*
3. *Hollnagel E. (2008). Risk + Barriers = Safety ? Safety Science 46, 221-229*
4. *Partssamarbeid og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Buvik, M.P. Thun S., & Øyum L. SINTEF. 222918-10-08. https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/1623149/*
5. *Reasjon J. (1998). Achieving a safe culture: theory and practice. Work & stress. 12 (3): 293-306.*
6. *NOU 1988:41. fagfeltet yrkesmedisin i Norge. file:///C:/Users/104965krbl/OneDrive%20-%20lo.no/Dokumenter/Arbeidsmedisin/NOU%201988.pdf*

Freepik.com

Sykefraværet sett med Norsk Industris arbeidsmedisinske utvalgs briller

Av Bendik Chr. Brinchmann, Lege, spesialist i arbeidsmedisin og Phd,
på vegne av Norsk Industris Arbeidsmedisinske utvalg

I skrivende stund sitter jeg på flyplassen i Tromsø og venter på et forsinket fly etter 60-70 cm med snø på halvannet døgn. Norsk Industri sine medlemmer er stort sett i distriktene, og det er derfor viktig å bringe det glade HMS-budskapet ut dit arbeidet gjøres og verdiskapningen skjer.

Da jeg fikk forespørsel om å skrive en tekst om bedriftslegen og sykefravær på vegne av Norsk Industri til vårt kjære Ramazzini, åpnet jeg en tekst på dette temaet som Norsk Industris arbeidsmedisinske utvalg (NAMU) skrev i Klassekampen i november 2024. I vinter har vi opplevd brudd i IA-forhandlingene og at LO har brutt alt samarbeid med NHO på bakgrunn av uenighet med utgangspunkt i arbeidsmiljø. Dette tydeliggjør viktigheten av faget vårt og jeg mener at teksten NAMU skrev før bruddet, står seg fortsatt. Jeg ønsker at den skal stå som vårt bidrag til dette nummeret av Ramazzini. Min erfaring er at faglig velfunderte vurderinger og uttalelser står seg over tid.

Et mål for Norsk Industri er å skape momentum til igjen å få politisk vilje til en ny satsing på arbeidsmedisin og yrkeshygiene på linje med 2008. For at norske bedrifter skal kunne leve opp til de økende kravene til arbeidsmiljø fra Brussel, så må vi ha sterke fagmiljøer innen arbeidsmedisin (bedriftsleger, yrkeshygienikere, fysioterapeuter og psykologer) i Norge. Hovedansvaret for ivaretakelse av

fagmiljøene innen forebyggende arbeidshelse må den norske staten ta, og dette har Norsk Industri i samarbeid med Forbundet Styrke fremhevet for statsrådene i helse og omsorgs- og arbeids- og inkluderingsdepartementet flere ganger det siste året. Responsen så langt har dessverre vært nedslående, men jeg vil oppfordre alle kollegaer innen dette viktige faget til å synliggjøre behovet for denne kompetansen for å oppnå god arbeidshelse nå og for fremtiden og legge press der man kan for at vi igjen skal få en styrkning av våre fagmiljøer. Så med denne oppfordringen vil jeg «overlate ordet» til NAMU og våre refleksjoner om oppfølging og forebygging av sykefravær:

Bedriftslegen har en unik rolle i sykefraværsoppfølgingen

Det er for tiden debatt om sykefraværet og oppfølgingen av de sykemeldte. I denne sammenheng har det vært stort fokus på fastlegenes rolle ved sykemelding, men hvordan den sykemeldte best følges opp har vært noe fraværende i debatten. Vi ønsker å berømme våre legekolleger på fastlegekontorene som gjør en formidabel innsats under et arbeidspress som ofte kan utfordre tiden til sykefraværsoppfølging. Det er flere leger som kan involveres i oppfølgingen, når spesialisthelsetjenesten er involvert bør arbeidstilknytning være et tema, men arbeidsmedisinere/bedriftslegen står i en unik posisjon til å følge opp den sykemeldte.

Hvorfor bør bedriftslegen brukes aktivt i sykefraværsoppfølgingen?

Bedriftslegen skal ha kjennskap til bedriften inkludert arbeidsmiljøforholdene, lederne, arbeidstakerne og produksjonen. Dette gir innsikten som skal til for å bistå med fornuftig tilrettelegging som er til gavn for både den sykemeldte og bedriften. Dessuten bør bedriftslegen ha en aktiv rolle i arbeidsmiljøutvalget (AMU) der spørsmål om arbeidsmiljø og HMS er temaer som diskuteres mellom ledelse og arbeidstaker-representanter. I AMU bør sykefravær og særlig arbeidsrelatert sykefravær være et fast tema, på samme måte som arbeidsskader. Bedriftslegen står også i en unik situasjon, siden taushetsplikten legger grunnlag for stor tillit mellom arbeidstaker og lege.

Vi i Norsk Industris Arbeidsmedisinske utvalg mener at man som sykemeldende lege allerede når man sykemelder arbeidstakeren må spørre om pasientens behov og evne til å bevare tilknytting til arbeidsplassen. En pasient som sykemeldes for depresjon kan ofte ha betydelig bedre prognose om det bevares en tilknytning til jobben. Så bedriftslegen kan med fordel brukes mer til sykefraværsoppfølging, men verdien av et godt faglig fundert arbeid med HMS og arbeidsmedisin er størst når man bruker kompetansen om arbeidsmiljø og helse til å forebygge arbeidsrelaterte skader og sykdommer. Forebygging av arbeidsrelaterte skader og sykdom har positive ringvirkninger for det generelle sykefraværet og man kan forhindre at en stor del av de ansatte blir syke i utgangspunktet.

Vår erfaring i Norsk Industris Arbeidsmedisinske utvalg er at et systematisk og faglig velfundert arbeid med sykefravær som involverer bedriftslegen og fokuserer på forebygging av arbeidsrelatert sykefravær reduserer sykefraværet over tid. I den pågående debatten om avtalen for inkluderende arbeidsliv, fremheves det ofte at den har vært en suksess i norsk industri, hvor sykefraværet ligger godt under gjennomsnittet. Et faglig velfundert systematisk arbeid med HMS og arbeidsmedisin som involverer hele bedriften fra arbeidstaker til ledelse, er en sentral del av denne suksessen.

Teksten har tidligere vært publisert i Klassekampen

Arbeidsmiljøets betydning for sykefraværet

Av Tom Sterud, Seniorforsker, Stami
tom.sterud@stami.no

Sykefravær har stor betydning for velferdsstatens bærekraft, arbeidsplassenes produktivitet og arbeidstakernes helse og økonomiske trygghet. Etter pandemien har sykefraværet økt til nivåer tilsvarende de som ble observert under den forrige pandemien i 2009. Samtidig har brudd i forhandlingene mellom partene i arbeidslivet om videreføring av avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) satt temaet på dagsorden igjen. Dette har aktualisert spørsmålet om hvordan sykefraværet kan reduseres, og hvilken rolle arbeidsmiljøet spiller i denne sammenhengen.

I Norge reguleres sykefravær av folketrygdloven (kapittel 8), som sikrer økonomisk kompensasjon ved arbeidsuførhet forårsaket av sykdom eller skade. Sykefravær er både en konsekvens av helseproblemer og en strategi for behandling og rehabilitering, der arbeidstakere gis nødvendig tid til å komme tilbake i jobb. Omfanget og varigheten av sykefravær påvirkes av både helseplagenes alvorlighetsgrad og kravene i jobben, samt hvordan arbeidsplassen tilrettelegger for arbeidstakerens behov. Regelverket og kompensasjonsordningene kan også påvirke beslutningene om bruk av sykefraværsordningen, både hos arbeidstakere og leger.

I 2022 var smittsomme luftveislidelser, inkludert covid-19, årsak til over 40 % av sykefraværene. Langtidsfravær skyldes imidlertid ofte psykiske lidelser – som depresjons- og angstlidelser og stressreaksjoner – eller muskel- og skjelettlidelser, som inkluderer akutte tilstander som ryggplager og skiveprolaps og kroniske sykdommer som artrose og autoimmune lidelser. I tillegg bidrar sykdommer som kreft, nervesystemlidelser, hjerte- og karsykdommer samt skader også til langtidsfravær.

Helseproblemer har sjelden én enkelt årsak, men oppstår ofte i et samspill mellom genetiske faktorer, livsstil og miljøpåvirkninger. Selv om mange sykdommer ikke primært regnes som arbeidsrelaterte, kan arbeidsmiljøet spille en avgjørende rolle i utviklingen av helseproblemer og for graden av funksjonsnedsettelse. Denne artikkelen vil belyse hvordan arbeidsmiljøet både kan være en risikofaktor og en beskyttende faktor for sykefravær.

Hvordan påvirker arbeidsmiljøet helseproblemer og sykefraværet?

Arbeidsmiljøet består av summen av de fysiske, psykososiale og organisatoriske forholdene på en arbeidsplass som påvirker arbeidstakernes helse, trivsel og arbeidsevne. Ifølge Arbeidsmiljøloven (§1-1) skal et godt arbeidsmiljø beskytte mot fysiske og psykiske skadevirkninger, fremme likebehandling og tilrettelegge for arbeidstakernes ulike forutsetninger og livssituasjoner. Et godt arbeidsmiljø kan derfor bidra til å opprettholde arbeidstakernes helse og arbeidsdeltakelse, mens et dårlig arbeidsmiljø kan øke risikoen for helseproblemer og sykefravær [1].

Forhold i arbeidsmiljøet kan forårsake eller forverre både akutte og kroniske helseproblemer. Psykiske plager kan utløses av stressfaktorer som mobbing, høye emosjonelle krav og lav grad av selvbestemmelse. Muskel- og skjelettplager kan skyldes både psykososiale og fysiske belastninger, mens eksponering for støv, kjemikalier eller dårlig inneklima kan føre til luftveissykdommer, hjerte- og karsykdommer og enkelte krefttyper [2]. Arbeidsplasser i helse- og

omsorgssektoren har i tillegg høyere smitterisiko for luftveissykdommer, noe som kan gjøre sykefravær nødvendig for å beskytte sårbare grupper, som alvorlig syke eller eldre.

Sykefravær oppstår når fysiske eller psykiske helseproblemer gir funksjonsnedsettelser som reduserer arbeidsevnen i betydelig grad. Den samme tilstanden kan føre til ulik grad av arbeidsuførhet avhengig av jobbens krav og arbeidsplassens evne til tilrettelegging. Eksempelvis kan jobber med høye fysiske krav være utfordrende ved ryggplager, mens høyt arbeidspress og emosjonelle belastninger kan være spesielt krevende for personer med psykiske lidelser.

Fleksibilitet, støtte fra arbeidsgiver og muligheten til å justere jobbkrav kan gjøre det mulig for arbeidstakere å fortsette i arbeid, helt eller delvis, til tross for helseproblemer. Tilretteleggende tiltak som variasjon i arbeidsoppgaver, justering av arbeidstid og pauser eller bruk av ergonomiske hjelpemidler kan redusere belastningen. På denne måten kan et godt tilrettelagt arbeidsmiljø bidra til å redusere behovet for sykefravær.

Samtidig er det viktig å erkjenne at tilrettelegging ikke alltid er mulig. Enkelte sykdomstilstander, som kroniske smertetilstander eller alvorlige psykiske lidelser, alvorlige hjerte- og karsykdommer eller kreft, kan gjøre det urealistisk å fortsette i arbeid, selv med omfattende tilrettelegging.

Hvor mye av sykefraværet kan knyttes til arbeidsmiljøet?

Arbeidsrelaterte helseproblemer defineres som sykdommer eller skader som helt eller delvis forårsakes eller forverres av arbeidsforhold, men det er vanskelig å si med sikkerhet hvor mye av sykefraværet som skyldes arbeidsrelaterte helseplager. Selv om den registerbaserte statistikken ikke gir informasjon om hva som er årsaken til helseproblemet som førte til sykefraværet, virker det likevel urimelig å anta at et belastende arbeidsmiljø ikke har noen betydning for sykefravær, gitt den omfattende forskningen som knytter både fysiske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer til helseproblemer som er utbredt i yrkesbefolkningen. Samtidig er det like usannsynlig at alt sykefravær kan tilskrives arbeidsplassen, da genetisk disposisjon, livsstil og sosiale forhold også spiller en stor rolle for sykdom og funksjonsevne.

For å anslå hvor mye av sykefraværet som kan være arbeidsrelatert, må vi derfor bruke ulike tilnærminger som kan gi oss en indikasjon. En tilnærming er å basere seg på sysselsattes egen vurdering av årsaker til eget sykefravær. I Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø (LKA), gjennomført av Statistisk Sentralbyrå (SSB), spørres et representativt utvalg av sysselsatte om de har hatt et fravær på 14 dager eller mer det siste året. Blant dem som rapporterte slikt fravær, oppga rundt én av tre at fraværet helt eller delvis skyldtes helseproblemer helt eller delvis var forårsaket av jobben. Dette tilsvarer 7,1 prosent av den sysselsatte befolkningen i 2022, en andel som har vært relativt stabil over tid [2].

En annen tilnærming er å beregne populasjonstilskrivbar risiko – et mål på hvor stor andel av sykdom eller plager, i dette tilfellet legemeldt sykefravær, som kan knyttes til spesifikke risikofaktorer. Studier fra STAMI viser at både mekaniske belastninger [3] og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer [4] kan bidra til økt risikoen for sykefravær. Basert på disse studiene anslås det at nesten av to av fem sykefraværstilfeller i et representativt utvalg av den norske yrkesbefolkningen kan tilskrives arbeidsmiljøforhold, noe som samsvarer med ansattes egne vurderinger av årsakene til sykefravær. Selv om det alltid vil være en viss usikkerhet knyttet til slike beregninger, blant annet på grunn av metodiske begrensninger i observasjonsstudier, samsvarer resultatene med beregninger av tilskrivbare risiko i tilsvarende studier av yrkesbefolkningene i Danmark og Sverige [5,6].

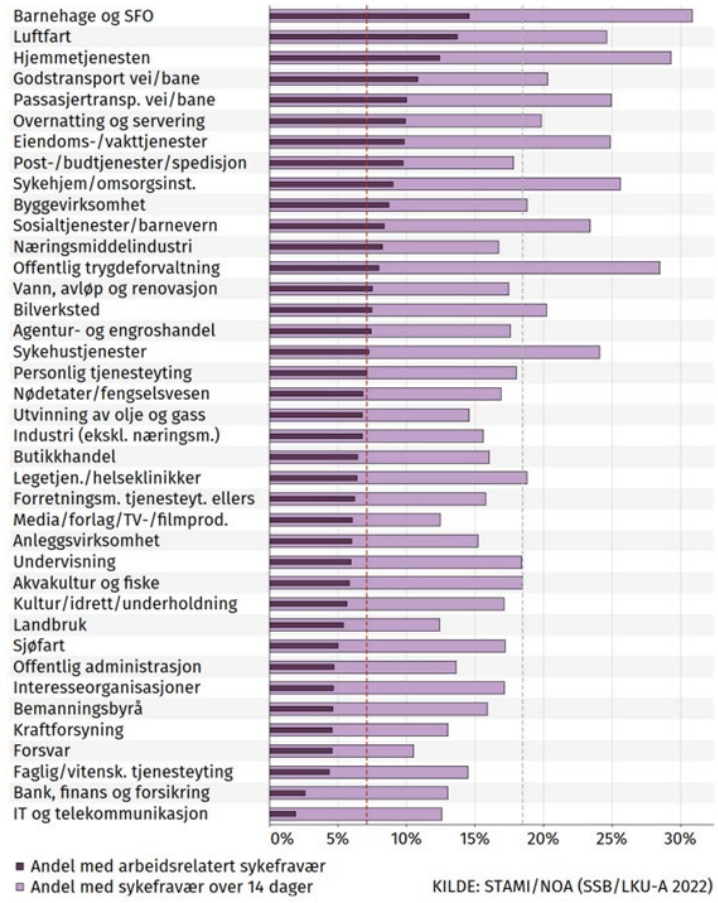
Hva sier internasjonal forskning om hvilke arbeidsmiljøfaktorer som påvirker sykefravær?

En systematisk gjennomgang og meta-analyse av 13 studier med til sammen 130 000 deltakere undersøkte sammenhengen mellom psykososiale arbeidsmiljøfaktorer og risikoen for legemeldt sykefravær på grunn av psykiske diagnoser [7]. Analysen viser at faktorer som innsats-belønnings-ubalanse (når innsatsen ikke står i forhold til belønningen), lav jobbkontroll (begrenset innflytelse over eget arbeid), høye psykologiske krav (stort arbeidspress) og ubalanse mellom krav og kontroll (stort arbeidspress og begrenset innflytelse) øker risikoen for sykefravær.

I 2016 publiserte STAMI en omfattende kunnskapsoversikt basert på 131 prospektive observasjonsstudier [8]. Gjennomgangen konkluderte med solid støtte i forskningslitteraturen for at psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som høye krav, lav kontroll, trakassering eller mobbing, samt mekaniske belastninger – som tunge løft, ugunstige arbeidsstillinger og repetitive bevegelser – øker risikoen for sykefravær. Samtidig viste gjennomgangen at muligheten til å påvirke egen arbeidshverdag og arbeidstid (høy kontroll) og et positivt sosialt klima reduserte risikoen for sykefravær.

Forskning på fysiske og kjemiske eksponeringer i sammenheng med sykefravær er imidlertid begrenset. Selv om slike eksponeringer har betydning for arbeidshelsen, er de i liten grad studert med sykefravær som utfallsmål.

FIGUR 5-5 Prosentandel sysselsatte som oppgir arbeidsrelatert sykefravær med varighet over 14 dager, og andel med sykefravær totalt, etter næring



STAMIs forskning på arbeidsmiljø og sykefravær

STAMIs forskning har de siste ti årene belyst hvordan arbeidsmiljøet påvirker sykefraværet i den norske yrkesbefolkningen. Resultatene fra disse studiene samsvarer i stor grad med hovedfunnene fra internasjonal forskningslitteratur [8].

I en studie fra 2024 undersøkte vi effekten av psykososiale, mekaniske, fysiske og kjemiske arbeidsmiljøfaktorer på sykefraværsrisiko. Studien baserte seg på et representativt utvalg av den norske yrkesbefolkningen, der selvrapporterte data om arbeidsmiljø fra spørreundersøkelser ble kombinert med

registerdata om sykefravær [9]. Denne metodiske tilnærmingen ga innsikt i sammenhengen mellom arbeidstakernes vurderinger av arbeidsmiljøet og risikoen for legemeldt sykefravær det påfølgende året.

Studien bekreftet i stor grad tidligere forskning og viste konsistente sammenhenger mellom psykososiale faktorer – som høye krav og lav kontroll, høye emosjonelle krav – og mekaniske belastninger, og økt risiko for sykefravær. Mindre undersøkte faktorer som faktorer som støy, vibrasjoner, hudkontakt med rengjøringsprodukter, varme- og kuldeeksponering, samt eksponering for gasser og røyk ble også knyttet til økt sykefraværsrisiko.

Et hovedfunn var den kumulative effekten av flere arbeidsmiljøfaktorer. Risikoen for sykefravær økte med antallet eksponeringer, uavhengig av type. Sysselsatte som var utsatt for både psykososiale og fysiske belastninger, hadde en langt høyere risiko for sykefravær enn de som kun opplevde én type belastning eller ingen risikofaktorer. Dette understreker viktigheten av en helhetlig tilnærming i arbeidsmiljøarbeidet, der ulike belastninger vurderes samlet. Noe som er helt i tråd med arbeidsmiljølovens krav om å beskytte mot psykiske og fysiske skadevirkninger.

Arbeidsplassen som arena for å forebygge arbeidsrelaterte helseplager og sykefravær

Forskningslitteraturen viser at arbeidsmiljøet på ulike måter kan påvirke sykefraværet. Selv om det ikke er realistisk å eliminere alt arbeidsrelatert sykefravær, indikerer resultatene at det antagelig foreligger et betydelig potensial for forebygging. Dette avhenger av arbeidsplassens evne til å identifisere og redusere risiko, samt legge til rette for ansatte med helseplager.

Et godt utgangspunkt for forebygging er å rette innsatsen mot arbeidsmiljøfaktorer som forskning har dokumentert påvirker arbeidshelsen, enten negativt eller positivt. Slike faktorer kan påvirkes gjennom målrettede tiltak fra ulike aktører. Forebygging på arbeidsplassen innebærer primært tiltak som reduserer risikoen for at helseplager oppstår eller forverres (primærforebygging). Samtidig er det viktig med tiltak som tilrettelegger for at arbeidstakere med helseplager kan fortsette i arbeid (sekundærforebygging), så langt dette er forenlig med helsetilstanden.

For å få oversikt over viktige arbeidsmiljøfaktorer som vi vet påvirker arbeidshelsen har STAMI etablert et nasjonalt overvåkingssystem. Dette systemet gir innsikt i hvordan arbeidsmiljøforhold varierer på tvers av næringer og yrker. Denne kunnskapen utgjør et viktig grunnlag for å videreutvikle og målrette tiltak på virksomhetsnivå. Slike tiltak kan bidra til bedre arbeidsmiljø, redusert risiko for arbeidsrelaterte helseplager og lavere sykefravær [10].

Referanser:

1. *Nossen JP. Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien: Hva driver utviklingen? Arbeid Og Velferd 2022;3:1–18.*
2. *Faktabok om arbeidsmiljø og helse - STAMI NOA n.d. https://noa.stami.no/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse/ (accessed January 3, 2025).*
3. *Sterud T. Work-related mechanical risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. Eur J Public Health 2014;24:111–6. https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKT072.*
4. *Aagestad C, Johannessen HA, Tynes T, Gravseth HM, Sterud T. Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. J Occup Environ Med 2014;56:787–93. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000212.*
5. *Christensen KB, Lund T, Labriola M, Villadsen E, Bültmann U. The fraction of long-term sickness absence attributable to work environmental factors: Prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study. Occup Environ Med 2007;64:487–9. https://doi.org/10.1136/OEM.2006.028563.*
6. *Andersen LL, Fallentin N, Thorsen SV, Holtermann A. Physical workload and risk of long-term sickness absence in the general working population and among blue-collar workers: prospective cohort study with register follow-up. Occup Environ Med 2016;73:246–53. https://doi.org/10.1136/OEMED-2015-103314.*
7. *Duchaine CS, Aube K, Gilbert-Ouimet M, Vezina M, Ndjaboue R, Massamba V, et al. Psychosocial Stressors at Work and the Risk of Sickness Absence Due to a Diagnosed Mental Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry 2020;77:842–51. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0322.*
8. *Knardahl S, Sterud T, Nielsen MB, Nordby K-C. Arbeidsplassen og sykefravær - Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. Tidsskrift for Velferdsforskning 2016;19:179–99. https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-02-05 E.*
9. *Sterud T, Marti AR, Degerud E. Comprehensive evaluation of the impact of workplace exposures on physician-certified sick leave in the general working population. BMC Public Health 2024;24:1–11. https://doi.org/10.1186/S12889-024-17662-3/FIGURES/2.*
10. *Fakta om arbeidsmiljø og helse- STAMI NOA n.d. https://noa.stami.no/ (accessed January 3, 2025).*

«Hjemmekontor har gitt meg et nytt liv»

– Kan hjemmekontor være arbeidsinkluderende, og til hvilken pris?*

Av Siri Yde Aksnes, seniorforsker, Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet,
Cathrine Egeland, seniorforsker, Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet
(korresponderende forfatter – egca@oslomet.no) og
Wendy Nilsen, seniorforsker, Arbeidsforskningsinstituttet, OsloMet – storbyuniversitetet
Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo

Ifølge Arbeidslivsbarometeret (2023) har 53 % av norske arbeidstakerne hatt mulighet for å jobbe hjemmefra i etterkant av COVID 19 pandemien Av disse er det hele 53 % som minst ukentlig jobber hjemmefra hele dagen (Ingelsrud et al., 2022). Dette gjelder primært arbeidstakere med kontorjobber som kan utføre jobben sin «hvor som helst» ved hjelp av digital teknologi og kommunikasjonsverktøy som pandemien akselererte bruken av. Nettopp det at så mange har vendt seg til den fleksibiliteten som hjemmekontor innebærer, har endret mye av arbeidslivet og arbeidshverdagen i Norge. Mange arbeidsplasser tilbyr hjemmekontor, og mange arbeidstakere tenker på det å kunne jobbe hjemmefra innimellom som en mulighet - for ikke å si rettighet.

I dette innlegget presenterer vi funn og analyser fra et forskningsprosjekt som gjennomføres ved Arbeidsforskningsinstituttet ved OsloMet om hjemmekontor i «det nye fleksible arbeidslivet». I våre intervjuer med ansatte ser vi at bruken av hjemmekontor gir noen helsemessige fordeler som kan forhindre at folk faller ut av arbeid. Hjemmekontor viser seg også å være en relativ lavterskel tilrettelegging for ansatte med ulike helseutfordringer. Med andre ord kan hjemmekontor fungere arbeidsinkluderende. Vi vil i denne artikkelen gi noen smakebiter fra våre intervjuer med 59 ansatte fra 5 ulike offentlige og private organisasjoner som ble utført mellom 2022 og 2024 som går på denne tematikken. Disse funnene kan gi nyttige innspill i debatten om sykefravær og et inkluderende arbeidsliv.

Sammenhenger mellom hjemmekontor, helse og livskvalitet

Arbeidstakere vi har intervjuet forteller at de har fått en bedre og mindre stressende arbeidshverdag fordi de har mulighet til å jobbe fra hjemmekontor innimellom. Og dette handler i all hovedsak om tre områder som de opplever forbedringer på: konsentrasjon, autonomi og tillit, og skjerming og tilrettelegging.

For det første opplever mange økt konsentrasjon som en av de store fordelene med hjemmekontor. Ansatte forteller at de sliter med å få sammenhengende tid til å konsentrere seg om arbeidsoppgavene sine når de jobber fra arbeidsplassen, og dette gjelder særlig dem som sitter i åpent landskap. Selv om folk setter pris på arbeidsfellesskapet, og mener at tett dialog med kolleger i utgangspunktet er en bra ting, kan dette oppleves som forstyrrelser over tid. Dermed blir hjemmekontoret et sted hvor det er ro og fred til å jobbe. I noen tilfeller blir det faktisk også det eneste stedet hvor man faktisk får gjort arbeidsoppgavene sine. Følgende sitat illustrerer dette:

* *Bidraget er en forkortet versjon av Aksnes, Yde, S., Egeland, C., Nordberg, T. H., Skarpaas, L.S. & Nilsen, W. «Enhancing Workability and Work Inclusion Through Hybrid Work - A qualitative study of Norwegian employees» (artikkel til vurdering).*

«Det er det som gjør det fint med hjemmekontoret også, fordi da har jeg rom til å ta de oppgavene som gjerne tar litt lenger tid, krever mer konsentrasjon, og jeg på en måte kan sitte i ro og mak og bare ta det helt nedpå, hente meg en kaffekopp og bare jobbe i vei.»

For det andre er hjemmekontor uløselig knyttet til autonomi og tillit. De vi har intervjuet forteller at de setter stor pris på å ha kontroll og ansvar over arbeidsdagen sin. Hjemmekontor under pandemien gjorde at folk måtte jobbe langt mer selvstendig, noe som har gjort mange mer selvdrevne i styringen av arbeidsoppgaver. Lederne ble mer eller mindre tvunget til å ha tillit til at ansatte i større grad styrte seg selv, noe som har skapt en mer tillitsbasert ledelse i virksomheter der det tidligere var mer kontrollbasert styring. Når ansatte opplever at ledere ønsker å stramme inn muligheten for hjemmekontor, er det ofte en opplevelse av manglende tillit de ansatte reagerer på. Sitatet under viser et utsagn fra en ansatt som har blitt gladere i jobben sin etter at hun fikk mer autonomi:

«I forbindelse med at det ble hjemmekontor så fikk vi jo mye mer ansvar […] Og det tror jeg har vært veldig bra, det er jo tillit under ansvar det. Jeg har blitt mye mer glad i jobben min etter at jeg ikke ble detaljstyrt på alle områder.»

For det tredje har flere av arbeidstakerne vi intervjuet ulike helseutfordringer, som migrene, overgangsalder og diabetes. De forteller at det å få jobbe på hjemmekontor bidrar til at de – til tross for utfordringene - likevel kan unngå sykemeldinger og at de kan stå lenger i jobben. Dette støttes også av funn fra spørreskjemadata hvor vi følger arbeidstakere over tid (Ingelsrud et al., 2022). Her finner vi at sykefraværet synker når arbeidstakere øker antall hjemmekontordager. I intervjuene forteller arbeidstakerne at fleksibiliteten som kommer med muligheten for hjemmekontor, blir en form for tilrettelegging og skjerming. Det å for eksempel slippe reiseveien til og fra arbeidsplassen kan for noen gjøre det mulig å fortsette å stå i arbeid.

«Jeg har en sykdom som gjør at jeg blir fort sliten. Jeg sliter med det. For meg, så gjør det med hjemmekontor at jeg blir ikke så sliten. Jeg slipper stresset med reiseveien på morgenen og komme meg av gårde på jobb. Du slipper alt stresset rundt jobben. Det synes jeg har vært mye bedre for helsen min.... Jeg unngår nok litt sykemeldinger på grunn av det.»

Det å kunne jobbe hjemmefra kan altså fungere arbeidsinkluderende ved at arbeidstakere kan oppleve økt grad av trivsel og motivasjon og faktisk også bedre helse gjennom å slippe detaljstyring, forstyrrelser og tidkrevende reisevei til og fra jobb. Autonomien de har på hjemmekontor, gir også muligheten til å tilpasse dagen og gi dem mer hvile og restitusjon slik at de kan møte opp uthvilte på arbeidsplassen neste dag. Våre funn tyder på at *bruk av hjemmekontor kan bidra til å få ned sykefravær og få arbeidstakere til å stå lengre i jobb.*

Nye grenser mellom syk og frisk?

På tross av de gode nyhetene om at hjemmekontor kan bidra inkluderende, finner vi også noen mulige utfordringer ved hjemmekontorbruk som det er viktig å være klar over. Friheten og selvstendigheten man får ved å jobbe hjemme kan gjøre de tidligere etablerte grensene mellom arbeid og ikke-arbeid mer flytende eller utydelige. Det mest klassiske eksempelet er at arbeid og privatliv i større grad begynner å flyte over i hverandre. For noen arbeidstakere kan det muligens bli vanskeligere å koble av dersom hjemmet blir assosiert med arbeidsoppgaver og arbeidsstress. Både for at man faktisk arbeider mer utenom arbeidstid, og at man tenker mer på arbeidet sitt når man er hjemme.

Men en annen grense som ser ut til å utfordres når man har mulighet til å jobbe hjemmefra, er grensen mellom å være frisk nok til å jobbe og «syk nok» til å la være å jobbe. Intervjuene våre viser at hjemmekontor også er en ordning som gjør det lettere å jobbe selv om man kanskje burde la være. Som tidligere nevnt, forteller ansatte med helseutfordringer at det å jobbe hjemmefra kan fungere som en form for arbeidsinkluderende tilrettelegging. Denne formen for «sykenærvær» kan være fordelaktig både for helsa og samfunnsøkonomien. Men samtidig kan det være en vanskelig balansegang. Hva om hjemmekontoret kommer med økte forventninger om at man skal jobbe selv om man er syk og egentlig trenger hvile og restituering? Følgende intervjuutdrag er et eksempel som vi har mange av i datamaterialet vårt:

Intervjuer: «Men hvordan er det når man er syk, er det noen grenser der som flytter seg, siden man ofte kan jobbe fra sofaen selv om man er syk?»

Intervjuobjekt: «Ja, det tror jeg definitivt. Det tror jeg helt klart. Og der er ikke jeg god i det hele tatt, for jeg jobber selv om jeg er syk. Jeg skal nesten være helt sengeliggende før jeg ikke jobber. Og det gjelder ikke bare egen sykdom, men også syke barn.»

Her er det altså en ansatt som forteller at hen nærmest skal være helt sengeliggende for ikke å jobbe. Blant lederne vi intervjuet var det også noen som sa at de ansatte omtrent aldri tar «sykt barn» dager lenger, siden de uansett jobber når de er syke. Så selv om hjemmekontor kan være bra for helsa, kan man jo spørre om det er fordi grensene mellom det å være syk og det å være frisk har flyttet seg eller blitt utydelige. Og videre må man spørre seg hvem det er som skal bestemme hvor grensa går. Er det riktig at dette skal være opp til den enkelte arbeidstaker å kjenne på?

Hjemmekontor – en fristende honningfelle?

Hjemmekontor kan altså både være arbeidsinkluderende ved at arbeidstakere gjennom opplevelse av fleksibilitet, økt autonomi, tillit og tilrettelegging kan få de nødvendige ressursene til å stå lenger i arbeid. Samtidig kan hjemmekontor også vise seg å være en fristende honningfelle; arbeidstakere kan oppleve at de har fleksibilitet til å jobbe når de vil, samtidig som det innebærer at de opplever mindre fleksibilitet og frihet til å ta ut sykedager uten å arbeide. For, som en av arbeidstakerne vi intervjuet sa: «*dette er vel prisen man må betale for friheten på hjemmekontor!»*

I et ordna og velorganisert arbeidsliv som det vi har i Norge blir hjemmekontor unektelig en utfordring. Hva skal partene i arbeidslivet og politikerne gjøre når arbeidstakere begynner å se på hjemmekontor som en rettighet og mulighet for mer autonomi og individuell frihet - som samtidig kanskje kommer med en ubehagelig prislapp?

Hjemmekontoret kan gi deg et nytt liv, men hvordan skal for eksempel arbeidstakerorganisasjonene manøvrere når arbeidstakerne som de organiserer er villige til å betale for fleksibiliteten og friheten på hjemmekontoret med sin egen helse? Det er uansett viktig å være klar over at hjemmekontor både kan bidra til arbeidsinkludering - og til at det kan bli vanskeligere å si nei når man egentlig ikke bør jobbe.

Referanse:

Ingelsrud, Mari Holm; Aksnes, Siri Yde; Bernstrøm, Vilde Hoff; Egeland, Cathrine; Hansen, Per Bonde; Pedersen, Eirin; Underthun, Anders; Weitzenboeck, Emily Mary (2022) Hjemme–Borte–Uavgjort. Hjemmekontor og annet fjernarbeid: Kartlegging av omfang, utviklingstrekk og konsekvenser (oda.oslomet.no) AFI-rapport 2022:04

Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær i hjemmetjenesten

Av Rigmor Harang Knutsen, stipendiat,
Gruppe for arbeidspsykologi og -fysiologi, Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI)
rikn@stami.no

Det høyeste sykefraværet i Norge finner vi i helse- og omsorgssektoren. Særlig utsatt er ansatte i hjemmetjenesten hvor sykefraværet er nær dobbelt så høyt som i den generelle yrkesbefolkningen. Resultatene fra et forskningsprosjekt ved STAMI viser at en betydelig andel av det legemeldte fraværet i hjemmetjenesten kan tilskrives risikofaktorer i arbeidsmiljøet.

Samhandlingsreformen fra 2012 har ført til at hjemmetjenesten jobber mot en voksende brukergruppe ofte kjennetegnet av alvorlige og komplekse sykdommer. Hjemmetjenesten er derfor avhengig av å ha tilgjengelig personell med høy medisinsk kompetanse. Samtidig opplever sektoren utfordringer med rekruttering, høy turnover, underbemanning, og høyt fravær [1]. For å redusere sykefravær i hjemmetjenesten, og dermed sikre en stabil og kompetent arbeidsstokk, er det derfor viktig å forstå årsakene til sykefravær i denne yrkesgruppen.

Forskning viser at en av de mange og komplekse årsakene til sykefravær er arbeidsmiljø. Tidligere studier har funnet at ansatte i hjemmebaserte tjenester har en krevende arbeidshverdag med eksponering for faktorer som kan ha negativ effekt på helse og velvære, som tidspress, motstridende krav, lav jobbkontroll, tunge løft, ubekvemme arbeidsstillinger, vold, og trusler om vold fra brukere og pårørende [2]. Så mye som halvparten av de ansatte oppgir at fraværet deres er helt eller delvis relatert til jobben, mot 1 av 3 i den generelle yrkesbefolkningen. Ansatte har også tidligere rapportert en opplevelse av individualisering av ansvaret for å skape sunne arbeidsforhold, samtidig som at omsorg for brukere og hensyn til kollegaer gjerne blir prioritert fremfor egen helse og sikkerhet [3].

For å kunne utvikle målrettede tiltak for forebygging av helseproblemer som følge av forhold på arbeidsplassen trenger vi mer kunnskap om arbeidsmiljø i hjemmetjenesten. Derfor ble igangsatt et landsomfattende forskningsprosjekt med mål om å identifisere arbeidsmiljøfaktorer i hjemmetjenesten som gir økt risiko for legemeldt sykefravær grunnet muskelskjelett- og psykiske lidelser. Disse diagnosegruppene er prioritert i prosjektet da de ligger til grunn for majoriteten av langtidssykefraværet samtidig som tidligere forskning viser at slike symptomdiagnoser og lidelser kan knyttes til arbeidsfaktorer som vi vet er utbredt i hjemmetjenesten [4-6].

Alle ansatte i hjemmetjenesten i 130 kommuner fra hele landet ble invitert til en spørreundersøkelse som kartla psykososialt og mekanisk arbeidsmiljø, samt eksponering for negativ sosial atferd. Det endelige utvalget består av totalt 1819 deltagere som i tillegg godkjente innhenting av data om alt legemeldt sykefravær fra NAV i en oppfølgingsperiode på 26 måneder etter spørreundersøkelsen. Sykefraværsdataene inkluderte antall fraværsperioder og diagnostisk informasjon i form av ICPC-2-koder. Kodene fra muskelskjelett-kategorien som ble inkludert i utfallsmålene i analysen er *nakke- og skulderplager* (L01, L08, L83, og L92), *hofte- og kneplager* (L13, L15, L78, L89, L90, og L96), og *bursitt, tendinitt, synovitt, og tennisalbue* (L87 and L93). For psykiske lidelser ble de følgende kodene inkludert: *følelse av angst/nervøsitet/anspenthet* (P01), *angstlidelse* (P74), *depresjonsfølelse* (P03), *depressiv lidelse* (P76), *psykisk ubalanse situasjonsbetinget* (P02), og *psykiske symptomer/plager* (P29).

I løpet av oppfølgingsperioden opplevde 42,5 % av deltagerne én eller flere perioder med legemeldt sykefravær. Totalt 34 % av sykefraværet var grunnet muskelskjelettlidelser, og 18 % var grunnet mentale lidelser.

Sykefravær grunnet muskelskjelettlidelser

Muskelskjelettlidelser ligger til grunn for den største andelen av det legemeldte sykefraværet i den generelle yrkesbefolkningen. Ansatte i hjemmetjenesten har høy risiko for å utvikle smerter i nakke, skuldre og i korsryggen, men det er lite tidligere forskning på hvordan deres unike arbeidsmiljø påvirker og samspiller med muskelskjelettlidelser og sykefravær over tid. Tidligere studier på sykepleiere generelt har imidlertid funnet at særlig tunge løft, pasientforflytning, og ubekvemme stillinger er relatert til muskelskjelettlidelser [7], og det er derfor rimelig at de samme belastningene ligger til grunn for plager blant ansatte i hjemmetjenesten. Samtidig vet vi fra forskning på andre yrkesgrupper at psykososiale belastninger som høye jobbkrav, rollekonflikt, og rolleuklarhet også er forbundet med høyere sykefravær. For å forstå sykefravær grunnet muskelskjelettlidelser er det derfor nødvendig å undersøke samspillet mellom mekaniske og psykososiale belastninger.

Resultater fra prosjektet viste at de mekaniske faktorene har størst betydning for sykefravær knyttet til muskelskjelettlidelser, men at psykososiale faktorer ikke bør undervurderes. De mekaniske faktorene som var assosiert med en økt risiko for sykefravær var *arbeid på kne eller på huk, gående/stående arbeid, fremoverbøyd stilling uten støtte av armer/hender, å løfte eller støtte bruker mellom seng og stol/rullestol, tunge fysiske anstrengelser uten hjelpemidler* eller *til tross for at hjelpemidler er tilgjengelig*, samt *opplevelsen av arbeidet som fysisk krevende. Fremoverbøyd stilling og arbeid på kne eller på huk* ble anslått til å forklare de største andelene av fraværstilfellene, med henholdsvis ca. 30 og 24 % (tilskrivbar risiko). *Opplevelsen av arbeidet som fysisk krevende* ble anslått til å forklare ca. 33 % av tilfellene.

I tillegg var fire psykososiale faktorer assosiert med redusert risiko for sykefravær: *kontroll over arbeidsintensistet, rettferdig ledelse, bemyndigende ledelse*, og *støtte fra nærmeste leder*. Kontroll over arbeidsintensitet innebærer at man opplever å ha innflytelse på når og hvor lenge man kan ta pause i løpet av arbeidsdagen. Muligheten til dette kan bidra til å redusere psykisk og fysisk belastning som over tid kan utvikle seg til smerter. Ledelsesfaktorene kan beskrives som elementer av relasjonsorientert ledelse. Lederes evne til å forstå de ansattes utfordringer, være støttende, fasilitere kommunikasjon, og tilrettelegging ved behov er viktig både ved forebygging av smerter og skader, og for å unngå sykefravær hvis smertene har oppstått. Tidligere studier har også vist at lav støtte fra leder er relatert til muskelskjelettlidelser blant sykepleiere [8], samt at mangel på sosialt fellesskap og mulighet for påvirkning på jobb er relatert til sykemelding grunnet muskelskjelettlidelser [9].

Sykefravær grunnet psykiske lidelser

Psykososiale risikofaktorer i arbeidsmiljøet er assosiert med økt risiko for å utvikle psykiske lidelser [4], som ligger til grunn for en betydelig del av det legemeldte sykefraværet i den generelle yrkesbefolkningen. Ansatte i hjemmetjenesten kan oppleve risikofaktorer som høyt arbeidspress, rollekonflikter, emosjonelle krav, og negativ sosial atferd [3, 10], men det finnes lite kunnskap om hvordan dette påvirker sykefravær grunnet psykiske lidelser for denne yrkesgruppen.

For sykefravær grunnet psykiske lidelser har vi undersøkt effekten av både psykososiale faktorer og opplevelser av negativ sosial atferd, som her inkluderer vold, trusler om vold, seksuell trakassering, og mobbing utført av kollegaer eller leder. Tre psykososiale faktorer var relatert til økt risiko for sykefravær: *kontroll over arbeidsintensitet, emosjonell dissonans*, og *det å måtte forholde seg til andres sterke følelser* [11]. De emosjonelle kravene i arbeidet ble estimert til å forklare ca. 30 % av sykefraværstilfellene grunnet psykiske lidelser i oppfølgingsperioden, mens opplevelsen av kontroll over arbeidsintensitet ble estimert til å ha forhindret ca. 20 % av potensielt sykefravær.

Emosjonell dissonans betyr at man opplever at de følelsene arbeidssituasjonen eller oppgavene krever at man viser utad ikke stemmer overens med de følelsene man egentlig kjenner på. Over tid vil denne dissonansen utgjøre en stor psykisk belastning som kan gå ut over psykisk helse. Dersom man ofte må møte sterke følelser hos brukere og pårørende vil også dette være krevende over tid. Innflytelse over arbeidsintensitet kan også i denne sammenhengen bidra til å hindre at disse belastningene blir for stor.

Eksponering for alle typene negativ sosial atferd (vold, trusler om vold, seksuell trakassering, mobbing utført av kollegaer eller leder) førte til høyere nivåer av selvrapporterte psykiske plager blant de ansatte, men det var bare det å bli utsatt for *mobbing utført av kollegaer* som var relatert til sykefravær grunnet psykiske lidelser. Negativ sosial atferd er relatert til psykiske lidelser også i tidligere studier [12]. Det at det bare var mobbing som var relatert til sykefravær i dette utvalget kan forklares ved at helsepersonell ofte kan tolke voldshendelser som en del av jobben, og har en tendens til å «normalisere» slike hendelser [13]. Brukere eller pasienter som utagerer som en del av sykdomsbildet oppleves annerledes enn hvis handlingene hadde vært utført av en kollega. Å bli mobbet av kollegaer, særlig i en arbeidssituasjon hvor sosial støtte er viktig, kan derfor være spesielt belastende.

En studie ble også gjennomført for å undersøke om ledere kan redusere negativ effekt av emosjonell dissonans [14]. Her fant vi at høye nivåer av *rettferdig ledelse, bemyndigende ledelse*, og *støtte fra nærmeste leder* bidrar til å redusere nivået av psykiske plager som følge av høyt nivå av emosjonell dissonans. En relasjonsfokusert tilnærming hos ledere kan dermed ha effekt på både psykiske plager og risikoen for sykefravær grunnet muskelskjelettlidelser.

Oppsummering

Resultatene fra studiene i dette prosjektet viser at faktorer i arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten er assosiert med diagnosespesifikt legemeldt sykefravær. Det er flere årsaker til denne sammenhengen. Faktorer i arbeidsmiljøet kan på den ene siden øke risikoen for å utvikle muskelskjelett- og psykiske lidelser, og på den annen side påvirke konsekvensene av sykdom. Sykefravær som følge av smerter eller psykiske plager påvirkes dermed av samspillet

> «Studiene i prosjektet fant et betydelig potensial for reduksjon av sykefravær gjennom målrettet forebyggende arbeid rettet mot både de mekaniske og psykososiale faktorene.

mellom sykdom og flere andre faktorer slik som symptomenes alvorlighetsgrad, type arbeidsoppgaver, og holdningene til ens leder og kollegaer [15]. Arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten er så krevende at dersom man er plaget av muskelskjelett- eller psykiske lidelser, uavhengig av om arbeidsmiljøet er årsaken til at symptomene oppsto i utgangspunktet, kan terskelen for å gå på jobb med disse plagene bli for høy. Dette kan være gjenspeilet i at opplevelsen av arbeidet som fysisk krevende var en risikofaktor for sykefravær grunnet muskelskjelettlidelser.

Dersom yrkesspesifikke krav i arbeidsmiljøet, for eksempel tunge løft, nødvendiggjør sykefravær fordi symptomer og oppgaver ikke er forenelige, opplever man det Bruunsgaard og Claussen [16] kategoriserer som *jobbrelatert funksjonsfravær*. På samme måte kan de emosjonelle kravene i arbeidet oppleves som for krevende å forholde seg til dersom man har psykiske plager. Jobbrelatert funksjonsfravær kan unngås eller begrenses ved tilrettelegging og alternative arbeidsoppgaver, i motsetning til *absolutt funksjonsfravær* som inkluderer alvorlige skader og alvorlige psykiske lidelser hvor fravær er helt nødvendig.

De mest fremtredende risikofaktorene for sykefravær i studiene var *arbeid på kne eller på huk, gående/stående arbeid, fremoverbøyd stilling uten støtte av armer/hender, å løfte eller støtte bruker mellom seng og stol/rullestol, tunge fysiske anstrengelser uten hjelpemidler eller til tross for at hjelpemidler er tilgjengelig, opplevelsen av arbeidet som fysisk krevende, emosjonell dissonans, andres sterke følelser*, og *mobbing fra kollegaer*. Det var imidlertid også faktorer som ble funnet å beskytte mot sykefravær; *kontroll over arbeidsintensitet, rettferdig og bemyndigende ledelse*, samt *støtte fra nærmeste leder*. To tidligere studier har dessuten funnet stor variasjon i fysisk belastning mellom ansatte, både objektivt målt ved bruk av sensorer på kroppen og selvrapportert av deltagerne [17, 18]. Organiseringen av arbeidsoppgavene bør derfor også sørge for en jevn fordeling av fysiske krav.

Studiene i prosjektet fant et betydelig potensial for reduksjon av sykefravær gjennom målrettet forebyggende arbeid rettet mot både de mekaniske og psykososiale faktorene. Intervensjoner med en holistisk og multifaktoriell tilnærming til forbedring av arbeidsmiljø har vist seg å være de mest effektive. Implementering av denne typen forebyggende intervensjoner kan bidra i puslespillet for å bedre helsen til ansatte i hjemmetjenesten og kan bidra til å sikre en stabil og kompetent sektor.

Referanser:

1. *Gautun H. For få på jobb? Sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. Søkelys på arbeidslivet. 2021;38(2):142-57.*
2. *Nasjonal overvåkning av arbeidsmiljø og -helse. Hjemmetjenesten 2022 [Available from: https://noa.stami.no/naering/hjemmetjenesten/.*
3. *Grasmo SG, Liaset IF, Redzovic SE. Home care workers' experiences of work conditions related to their occupational health: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):962.*
4. *Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. Occup Environ Med. 2017;74(4):301-10.*
5. *Bezzina A, Austin E, Nguyen H, James C. Workplace Psychosocial Factors and Their Association With Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Longitudinal Studies. Workplace Health Saf. 2023;71(12):578-88.*
6. *da Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. Am J Ind Med. 2010;53(3):285-323.*
7. *Soylar P, Ozer A. Evaluation of the prevalence of musculoskeletal disorders in nurses: A systematic review. Medicine Science | International Medical Journal. 2018.*
8. *Zare A, Choobineh A, Hassanipour S, Malakoutikhah M. Investigation of psychosocial factors on upper limb musculoskeletal disorders and the prevalence of its musculoskeletal disorders among nurses: a systematic review and meta-analysis. Int Arch Occup Environ Health. 2021;94(5):1113-36.*
9. *Hallman DM, Holtermann A, Bjorklund M, Gupta N, Norregaard Rasmussen CD. Sick leave due to musculoskeletal pain: determinants of distinct trajectories over 1 year. Int Arch Occup Environ Health. 2019;92(8):1099-108.*
10. *Grasmo SG, Liaset IF, Redzovic SE. Home health aides' experiences of their occupational health: a qualitative meta-synthesis. Home Health Care Serv Q. 2021;40(2):148-76.*
11. *Knutsen RH, Nielsen MB, Lunde LK, Skare O, Johannessen HA. Impact of psychosocial work factors on risk of medically certified sick leave due to common mental disorders: a nationwide prospective cohort study of Norwegian home care workers. BMC Public Health. 2024;24(1):773.*
12. *Zhong XF, Shorey S. Experiences of workplace violence among healthcare workers in home care settings: A qualitative systematic review. Int Nurs Rev. 2023;70(4):596-605.*
13. *Bauersfeld S, Majers JS. Addressing Workplace Violence With Evidence. J Nurs Adm. 2023;53(11):615-20.*
14. *Johannessen HA, Nielsen MB, Knutsen RH, Skare O, Christensen JO. Emotional dissonance and mental health among home-care workers: A nationwide prospective study of the moderating role of leadership behaviors. Scand J Work Environ Health. 2024.*
15. *Hooftman WE, van der Beek AJ, Bongers PM, van Mechelen W. Is there a gender difference in the effect of work-related physical and psychosocial risk factors on musculoskeletal symptoms and related sickness absence? Scand J Work Environ Health. 2009;35(2):85-95.*
16. *Bruusgaard D, Claussen B. Ulike typer sykefravær. Tidsskr Nor Laegeforen. 2010;130(18):1834-6.*
17. *Liaset IF, Fimland MS, Holtermann A, Mathiassen SE, Redzovic S. Can home care work be organized to promote health among the workers while maintaining productivity? An investigation into stakeholders' perspectives on organizational work redesign concepts based on the Goldilocks Work principles. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):667.*
18. *Tjosvoll SO, Wiggen O, Gonzalez V, Seeberg TM, Elez Redzovic S, Frostad Liaset I, et al. Assessment of Physical Work Demands of Home Care Workers in Norway: An Observational Study Using Wearable Sensor Technology. Ann Work Expo Health. 2022;66(9):1187-98.*

Jag er inte sjuk, bara svensk

Av Ørn Terje Foss, pensjonert spesialist i arbeidsmedisin
oerntf@online.no

Jeg blir provosert av en sykefraværsdebatt som er til å bli sjuk av. Faktafeil blir framsatt uten å bli korrigert, tiltak som ikke virker blir resirkulert, og risikobasert, forebyggende arbeidsmiljøarbeid blir nedprioritert. Som spesialist i arbeidsmedisin med lang fartstid fra arbeidsmiljøarbeid, bekymrer det meg at dagens kommersialiserte bedriftshelsetjeneste ikke brukes som forutsatt i arbeidsmiljøloven.

En velfungerende bedriftshelsetjeneste (BHT) er en nødvendig brikke i IA-arbeidet

Arbeidsmiljøloven sier at når risikoforholdene i virksomheten tilsier det, må virksomheten knytte til seg en bedriftshelsetjeneste (BHT) for å bistå med å skape et trygt arbeidsmiljø som fremmer god arbeidshelse. Spør du meg, så blir arbeidsmiljølovens visjon og IA-avtalenes mål kun en illusjon uten en velfungerende BHT. Derfor er jeg ikke bare forbanna, men også forferdelig skuffet, over at verken LO, Arbeiderpartiet, Legeforeningen eller noen av de andre som har kommet med innspill i sykefraværsdebatten, har sagt noe om BHTs rolle i forbindelse med fornying av IA-avtalen.

Hva bør skje med BHT?

En seriøs BHT skal drive med det alle politikere lovpriser i festtalene, men fortrenger når det kommer til praksis – forebygging. Seks år etter at rapporten fra en ekspertgruppe oppnevnt av Arbeids- og sosialdepartementet («Hva bør skje med BHT?») konkluderte med at en framtidsrettet BHT må arbeide med risikokartlegging og -reduksjon med et spesielt fokus på de små- og mellomstore bedriftene, så sliter vi fortsatt med mange beslutningstakeres misoppfatning av hva en bedriftshelsetjeneste etter arbeidsmiljølovens intensjon skal eller bør være.

Det er full faglig enighet om at tidligere tiders personallegeordning og «årlige helsekontroller» ikke har noen plass i repertoaret til en godkjent bedriftshelsetjeneste. BHT er heller ikke bemannet for å ivareta allmennmedisinske oppgaver, men er en tverrfaglig arbeidsmiljøtjeneste som i tillegg til arbeidsmedisiner har yrkeshygieniker, psykolog, ergonom og flere fagpersoner med kompetanse innen psykososiale arbeidsmiljøfaktorer. I hvert fall i teorien...

Illustrasjon fra Faktabok om arbeidsmiljø og -helse (2024), Statens arbeidsmiljøinstitutt.

> I 2018 leverte en ekspertgruppe nedsatt av Arbeids- og sosialdepartementet en rapport om dagens bedriftshelseordning i Norge. Rapporten konkluderte med at ordningen fremstår som god, men pekte samtidig på et betydelig forbedringspotensial. Bedriftshelsetjenesten må i større grad drive målrettet foebyggende arbeidsmiljøarbeid og sikre en god innretning på tjenestetilbudet, da mange virksomheter har svak bestillerkompetanse [382].

Sitat fra Faktabok om arbeidsmiljø og -helse (2024), Statens arbeidsmiljøinstitutt.

BHT-markedet overtatt av kommersielle aktører

Det er imidlertid et økende problem: bedriftshelsetjeneste i Norge leveres nå nesten bare av kommersielle kjeder. De drives i hovedsak av investorer og fond med fortjeneste som mål, noe som er fullt lovlig. Men som andre har påpekt, med markedsstyring blir det en krevende spagat mellom faglige og kommersielle hensyn, hvor faglig prioriterte oppgaver som regel må vike for det som gir best inntjening. Kontrakter med spesifisering av hva BHT skal levere, inngås oftest av markeds- eller økonomiansvarlige i kjedene uten at relevante behov er vurdert av fagpersonalet med arbeidsmiljøkompetanse.

Bedriftshelsetjenester i Norge får ingen offentlige tilskudd for å drive med det viktige samfunnsoppdraget de er forutsatt å drive med. Selv om det er samfunnsøkonomisk lønnsomt og gir bedre folkehelse å holde flest mulig i arbeid, er det bedriftene som må betale hele kostnaden for bistand fra BHT fullt ut. Tidligere tiders små egenordninger og non-profit felles bedriftshelsetjenester styrt av faglige behov, er blitt konkurrert bort, innlemmet i eller kjøpt opp av de kommersielle BHT-kjedene styrt av økonomiske prinsipper.

Kommersialisering av helsetjenester påvirker prioriteringer

Kommersialisering av helsetjenester har sin pris. Når fastlegen sparer tid og tjener mer på å skrive sykmelding enn å forklare hvorfor det kan være fordelaktig å fortsette på jobb med litt vondt i ryggen, blir det som regel sykmelding. Når helsekontroller av ti ansatte er mer lønnsomt for en BHT enn å følge opp én ansatt med vondt i ryggen for å kartlegge funksjonsevne og arbeidsoppgaver, vurdere om plagene er arbeidsrelatert pga psykiske eller fysiske belastninger, og møte med leder sammen med den ansatte for å avklare realistiske tilretteleggingstiltak en periode, så blir det ofte helsekontroller.

Hovedutfordringen er små og mellomstore bedrifter (SMB)

De fleste arbeidstakere i Norge er i små og mellomstore bedrifter (SMB) uten egen spesialisert kompetanse innen HMS, IA og funksjonsvurdering og tilrettelegging. Blant oppgaver bedriftene har forskriftsfestet plikt til å sørge for at BHT benyttes til, er å redusere risiko for å pådra seg arbeidsrelatert sykdom, foreslå forebyggende tiltak og å bidra til å tilrettelegge for at sykmeldte kommer tilbake i jobb. Dette er samfunnsøkonomisk lønnsomt og en kjernevirksomhet i et inkluderende arbeidsliv. Kostnaden pr ansatt for en fullverdig BHT må nødvendigvis bli høyere i en liten bedrift med få ansatte enn i en stor virksomhet. Kommersielle BHT-tjenester uten offentlige tilskudd blir som regel for dyrt for de små og mellomstore bedriftene.

Arbeidstilsynet har hjemmel til å gi pålegg til bedriftene om å slutte seg til en godkjent BHT, og de har fra 2023 også hjemmel til å gi pålegg til BHT om å levere de tjenestene som arbeidsmiljøloven sier bedriften skal ha. Pålegg uten at det er økonomisk dekning hos bedriftene, er en lite farbar vei. Arbeidstilsynets godkjenningsordning for BHT må imidlertid gjerne underkjenne BHT som leverer individuelle helseundersøkelser uten relevant indikasjon, når ikke alle tjenester bedriftene er pålagt å sørge for å innhente fra BHT, er på plass.

Sørg heller for offentlig finansiering enn pålegg

Skal IA-drømmen virkeliggjøres, må en offentlig finansiert BHT som dekker de basale behovene for rådgivning til virksomheter og arbeidsgivere knyttet til det forebyggende helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, på plass. Tilbudet bør også inkludere lovpålagt HMS-kurs for ledere. Hvor stort omfang en slik basal ordning ellers skal ha og hvordan dette skal organiseres, kan drøftes. Det viktigste er at den må være kostnadsfri og obligatorisk for SMB, mens større bedrifter med egenordning eller med tilknytning til en ekstern BHT, bør få et forholdsmessig tilskudd mot å dokumentere at disse basale oppgavene for BHT blir utført og prioritert foran andre tjenester.

Finansiering av en basal BHT-ordning som skissert her, bør kunne ordnes innenfor dagens budsjettrammer i NAV. Jeg har foreslått å la arbeidsgiver betale en vesentlig andel av sykelønna for fravær ved arbeidsrelatert sykdom, og det frigjør midler fra NAVs sykelønnsbudsjett. I tillegg bør NAVs arbeidslivsentre legges ned og aktivitetene der kan samordnes med fagpersonene på arbeidsmiljøområdet i BHT-ordningen.

Kutt gjerne ut kommersialiserte bedriftshelsetjenester som ikke drives som forutsatt i arbeidsmiljøloven, men ikke slå ut barnet med badevannet: En seriøs og faglig fundert BHT er en nøkkelfaktor for å nå IA-avtalens mål og det må partene sørge for å få på plass. De øvrige anbefalingene for IA-arbeidet kan du lese her:
https://oerneblikk.com/441974998/jag-er-inte-sjuk-bara-svensk

KURS I VINTERLAND

DNLF-tillitsvaldkurset for NAMF 5.–6. februar

Av Morten Langeland

«Igjen me vart samla
For unngå å famla
I regelverk og krav
Frå nær og fjern og NAV.

ML, 09.02.2025

Som vanleg gjekk Legeforeningen sitt tillitsvaldkurs av stabelen på Losby Gods i veke 6. Det var totalt 23 frammøte (6 frå NAMF/NFAM-styret, 2 frå Ramazzini, 2 frå sekretariatet og 3 innleiarar frå NHO, AF (allmennlegeforeningen) og NAV).

Temaet 1. dag var nærvere og fråvere. Bendik Christian Brinchmann frå NHO/Norsk Industri starta med å påpeika at å vera i arbeid var helsefremjande, og i snitt var 1/3 av fråveret relatert til arbeid. Dei har i Norsk Industri starta med å innhenta data om arbeidsrelaterte symptom (ARS), og ved å føra god registrering og statistikk på dette, kunne det vera von om å førebyggja opptil 70 – 80 % av dette fråveret.

Nils Kristian Klev frå AF trekte fram moment som individuelt varierande toleevne. Det ville vera nyttig å få meir informasjon om arbeidsplassen og BHT-tilknytning. Det å rettleia, diagnostisera og få god samhandling med arbeidsplass/NAV/BHT ville vera viktig. Verktøy for å gjera sjukmeldingane meir presise ved å skriva tal dagar, t.d. og så automatutfyller programmet resten, ville korta lengda noko ned. Mykje kan gjerast på arbeidsplassen og BHT må koplast på tidlegare.

Agneta Iversen frå NAV hadde betre samhandling mellom fastlege, pasient, NAV og lovgjevar som eit viktig kriterium for betre ressursutnytting. Tidlegare intervensjon m.a. ved å få dialogmøte 1 og 2 raskare slik av avklaringar som jobbyte kunne ordnast før maksimal sjukepengelengd var nådd.

Det ville koma samhandlingsprosjekt når det galdt informasjonsutveksling og evt. ny sjukmeldingsblankett.

NAMF-leiar Laila Torp hadde fleire moment for korleis få til best mogeleg samarbeid. Arbeidsmedisinaren si rolle ville vera primært og sekundært førebyggjande og ikkje erstatta fastlegen. Sjukmeldingar kunne evt. vera aktuelt ved arbeidsrelatert sjukdom, men helst var det viktig å koma tidleg inn i forløpet. Det å spreia kunnskap til leiarar og tilsette med omsyn til nærvere, fråvere og regelverk burde det òg satsast på.

Praktiske løysingar måtte vera enkle. Økonomi/kven som er betalar, trong ein òg avklaring på, og refusjon frå NAV for visse oppgåver burde vore aktuelt.

I paneldebatten leia av NAMF-styremedlem Anne Kristine Jordal vart «nærversblomen» trekt fram:

- Medarbeidarinvolvering: Til stades for den sjukmelde?
- Snakkar med same språk?
- Leiarskap?

Det kunne verta ein tendens til skilje for bruk av heimekontor om ein hadde fått definert arbeidet som kritisk jobb. Tilrettelegging kunne krevja ein ekstra person, og korleis skulle kostnader dekkjast.

Deltakarane på dag 2.

Innleiarar, f.v. Bendik Christian Brinchmann, Agneta Iversen og Nils Kristian Klev.

Andre moment:

- Sjukmelding som avviksmelding, m.o.t. organisering av arbeidet, og at i blanketten måtte ein få med BHT-kontakt.
- Raskare dialogmøte 1.
- Ringja til arbeidsgjevar under konsultasjon.
- Meldeplikt og skjema 154b: Anonymitet vert det lite av i småbedrift.
- Spørsmål om å melda til Arbeidstilsyn/NAV om kven som er BHT-kundar vart drøfta utan sikker konklusjon.

På dag 2 vart det orientering frå styret. Jarand Hindenes og Laila Torp har vore med på podcasten til Legeforeningen: «Legeprat». I tråd med vedtak frå Landsstyret vert det ei framtidig omorganisering av yrkesforeiningane etter høyringsrundar som kjem seinare. Spesialitetskomitéen treng ny leiar, og det er godkjend prosjektstønad til DNLF om korleis ein skal dokumentera arbeidsmedisinske undersøkingar. Det vert ei arbeidsgruppe for dette med mål om å få ei rettleiing til NEL, og Anne Kristine Jordal vert med. Heildigitale ATS-154-meldingar burde koma.

Kristin Krogvold hadde ein nyttig og grundig gjennomgang av tillitsvaldrolla.

Ramazzini-redaksjonen ønskte å få inn nytt frå lokalforeiningane gjerne til 3/25-nummeret etter sommarferien, då vala på nye tillitsvalde ville vera gjennomførte.

Til sist var det gjennomgang av lønsundersøkinga, som også er omtalt på nettsidene våre. Det kan vera nyttig å ringja DNLF for kontraktsgjennomgang. NAMF sin representant i forhandlingsutvalet i privat sektor er Frode Kleppestø.

STYRETS SPALTE

Av Anne Kristine Jordal
ajord@equinor.com

Sykefravær og sykefraværsløp har blitt en samfunnstrend med mye oppmerksomhet – både fra politikere, partene, NAV, legekorpsene ned til den enkelte arbeidsplass og hver enkelt ansatt. Alle har en mening om årsaksfaktorer som økt ensomhet, utfordringer knyttet til fysisk og mentalt velvære, aldrende befolkning, digitalisering, fjernarbeid, klimatilpasning, sirkulær økonomi, men i bunn og grunn et mindre stabilt arbeidsmarked før og etter Covid-19-pandemien.

I 2024 utbetalte Nav ***61 milliarder kroner*** i sykepenger. Der Nav i 2019 registrerte 1.637.882 sykefraværstilfeller, var antall tilfeller i 2023 oppe i 2.038.919. Medieoppslag som at yngre er mindre hardføre, yrkesaktive generelt har det for travelt på fritiden sin, mangel på etterlevelse av lederskap i kommunikasjon og samhandling, for mange styringssystem- så mange system at en til slutt mister motivasjon for å bidra til fellesskapets goder av det å få delta i arbeidslivet. Kanskje det rett og slett er blitt for komplisert å delta i arbeidslivet?

Hvordan øke fokus på eksponering og risiko for helseutfall, og hva sier kunnskapsbasert forskning som underlag for funksjonsnedsettelse med bakgrunn i arbeidsmiljørisikoene? Hva blir da risikobildet når vi setter det i sykefraværs- konteksten ***funksjonsevne i arbeidshverdagen vår***?

Årets tillitsvalgtkurs for Namf er nettopp gjennomført ved Losby- uten LO, men de ble sårt savnet og vi gleder oss til de kommer tilbake- for vi hører sammen- snakker sammen- alle sammen 😊!

Tema var Nærvær – fravær. Hvordan benytte ressursene best mulig i sykefraværsarbeidet? - Hvordan samarbeide best mulig for å redusere sykefraværet? - Arbeidsmedisinerens rolle - Utfordringer og muligheter.

Bendik Brinchmann, fagsjef arbeidsmedisin, Norsk Industri pekte på muligheten for dialog mellom leger uavhengig av taushetsplikten. Når 2 gram forebygging tilsvarer 1 kilo behandling har vi et felles potensiale å jobbe mot.

Nils Kristian Klev, leder Allmennlegeforeningen (AF) skisserte sykefraværsløpet og systemet det er bygd opp rundt. Vi må ikke glemme at den viktigste faktoren for fravær er sykdom, de aller fleste har en grunn til sykemelding. Hvordan sammen påvirke retningen vi drar i- individuell tilpasning- muligheter på arbeidsplassen- kan sykemelder på fornuftsbasert vis innhente råd fra bedriftslegen? (Ja Nils Kristian- vi skal alle være tilknyttet EPJ- som dere). Over 30 % av alt fravær er arbeidsrelatert og vi bør sammen se på muligheter for dialog med hensyn til medisinsk funksjonsnivå. Når 60 % av arbeidsstokken har lovpålagt Bedriftshelsetjeneste har vi muligheter. Risikofaktorer som åpent kontorlandskap, lederegenskaper, jobbkontroll, et arbeidsliv der en blir lite sett ble løftet fram av Klev. Selve legen med sin portåpner-rolle, og at sykemeldingsblanketten handler om mer enn bare blanketten – hvordan bruke samhandling og teknologi for bedre veilede gjennom sykefraværsløpet. Andre muligheter som ble trukket frem var verdien i dialog legene imellom, og en bevisstgjøring i bruk av bedriftslegen.

Agneta Iversen, overlege i NAV, tok oss gjennom regelverksutviklingen, og at den har vært gjennomført med arbeidsmedisinsk kompetanse. Agneta hadde mange gode innspill som hvordan la BHT få mulighet for innspill til oppfølgingsplan, børste støv av dagens tidslinje i sykefraværsløpet der BHT får egen plass. Hvordan er det i samfunnet i dag med muligheter for omskolering slik vi hadde det før? Vi må jobbe aktivt med samhandlingen, bryte ned barrierer.

Leder av Namf, Laila Torp utdypet mer praktisk hvordan få til samarbeid, og når vi er enige sentralt hvordan skal vi sammen kunne løfte dette videre i systemet. Sykefraværsarbeid er sekundærforebygging, og som nøytral medisinsk rådgiver er bedriftslegens rolle å komme på banen med funksjonsvurderinger og arbeidsevnevurderinger. Ikke

Foto: DC Studio/Freepik.

minst den arenaen som dreier seg om hvordan forebygge nytt fravær. Vi må kunne skille mellom begrepet kontrollfunksjon (som i noen sammenhenger er blitt foreslått som en modell) og samarbeid om dette skal fungere. Gevinsten ligger i å få til samarbeid.

Alle innlederne til påfølgende debatt hadde så klart Legers meldeplikt med i sine betrakninger- det er lovfestet ref AML §5-3. Hvorfor er da kulturen slik at leger underrapporterer i frykt for gjengjeldelse- det må ivaretakes og vurderes i utformingen av den sykemeldingsblanketten!

Tillitsvalgte bidro med gode innspill så som at arbeidsgiver må krysse av for om de har lovpålagt BHT, og i så fall hvilken. Også hvilke insentiver som kunne gi økt samhandling, og evnentuell nytteverdi av privat helseforsikring ble drøftet. Ikke minst ble det diskutert hvordan NAV kan forvalte oss som en samhandlende ressursportefølge i sykefraværsløp. Det handler om menneskets helse i arbeid- det kan vi gjennom forebygging, fremme helse i arbeidslivet og yte bistand ved arbeidsrelatert helseskade. Bruk oss rett!

Referanse:

Nav betalte ut 61 milliarder i sykepenger i 2023 | FriFagbevegelse.

NORGE P.P.

Returadresse:
Den Norske Legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Prøv en annonse i Ramazzini

Ramazzini er et fagmedisinsk tidsskrift og medlemsblad for *Norsk arbeidsmedisinsk forening*. Opplaget er ca. 800. **Ramazzini** gir leserne viktig informasjon om områder som er viktige i deres arbeidssituajon og leses grundig.

Her når du direkte helsepersonell som arbeider innenfor arbeidsmedisin, inkludert landets bedriftsleger, forskere samt helsepersonell i offentlige institusjoner som Arbeidstilsynet og STAMI (Statens arbeidsmiljøinstitutt).

Ramazzini dekker temaer som arbeidsrelaterte sykdommer, skader, og hvordan disse kan forebygges, og er et viktig forum for deling av fagkunnskap og forskning innenfor arbeidsmedisin. Arbeidsmedisin som fagområde fokuserer på sammenhengen mellom arbeid og helse. Det omfatter forebygging av sykdommer og skader som kan oppstå på arbeidsplassen, helsefremming i arbeidslivet, og tilrettelegging av arbeidsforhold for å opprettholde god helse blant arbeidstakere. Arbeidsmedisinere bruker en rekke medisinske og tekniske verktøy for å overvåke og forbedre arbeidsmiljøet, og **Ramazzini** formidler ny kunnskap, forskning og praksis innenfor dette feltet.

Vi gir deg et godt annonsetilbud

Kontakt Ragnar på e-post eller telefon:
ragnar.madsen@apriil.no
+47 928 48 492