

# Arbejde – sundhed og sygdom

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 16, 2012

# Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 16: *Arbejde - sundhed og sygdom*

© 2012 forfatterne og udgiverne.

## Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø  
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institut for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø  
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet  
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Susanne Rewentlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet  
Claus Bossen, Institut for Medie- og Informationsvidenskab, Aarhus Universitet

## Gæsteredaktør:

Claus Vinther Nielsen, Marselisborgcenteret, Region Midt & Klinisk Socialmedicin, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet

*Peer review:* Foretages af et tværvideenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

*Proof:* Thomas Christian Mikkelsen

*Layout og prepress:* Thomas Christian Mikkelsen & Ea Rasmussen

*Tryk:* Werk Offset, Højbjerg.

## Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

## Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg  
Torsdag kl. 9-12, tlf. 87162063,  
Email: sygdomogsamfund@hum.au.dk  
Hjemmeside og artikler:  
[ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomsamfund/index](http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomsamfund/index)

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

## Formål:

*Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

## Aims and scopes

*The Journal for Research in Sickness and Society* is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

# Indhold

*Claus Vinther Nielsen, Gitte Wind & Mette Bech Risør*

Introduktion 5

*Anne Møller & Susanne Reventlow*

Muskuloskeletal aldring, arbejdsevne og 'sundhedsbrøken' 15

*Einar Baldvin Baldursson*

Social smerte i det moderne arbejdsliv ud fra et arbejdspsykologisk perspektiv 33

*Steen Brock & Bo Allesøe Christensen*

Normative og metodiske vinkler på 'arbejde' som et sundhedsøkonomisk begreb 63

*Eva Ladekjær Larsen, Pernille Tanggaard Andersen & Carsten Kronborg Bak*

Fortællinger om et liv som arbejdsløs og socialt ekskluderet 83

*Torunn S. Olsen & Nils Fleten*

Må sykefravær legitimeres med legemelding? 105

*Tina Bømler*

Socialarbejdere i et spændingsfelt mellem politik og brugernes behov 127

*Claus D. Hansen*

Fra sygdomsforfald til sygefravær - arbejde og sygdom mellem rettigheder og pligter i den moderne velfærdsstat 149

Abstracts in English 173

Forfatterliste 179

Skrivevejledning 183

Beskrivelse af nr. 17 186

# Må sykefravær legitimeres med legemelding?

Torunn S. Olsen & Nils Fleten

---

Institutt for arbeidsliv og innovasjon, Universitetet i Agder & Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø  
torunn.s.olsen@uia.no & nils.fleten@uit.no

Olsen, T.S. & Fleten, N. (2012). Må sykefravær legitimeres med legemelding?. *Tidskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 16, 105-126.

*De fleste vestlige land krever en legeerklæring for utbetaling av sykepenger ved fravær utover en kort periode. Med bakgrunn i et forsøk i Mandal kommune hvor egenmeldinger er sidestilt med legemeldinger i inntil 365 dager, drøfter denne artikkelen om obligatorisk legeerklæring er nødvendig. Kommunenes fraværsregister og medarbeiderundersøkelser utgjør datagrunnlaget. I Mandal er bruk av egenmelding ved egen sykdom blitt hovedregelen både ved korte og lange sykefravær. Overgang til egenmelding har forkortet korte fravær og spredd tilbakevending til arbeid jevnere utover uken. For fravær utover 16 dager tenderer fraværet å bli noe lengre men funnet er ikke signifikant. Andelen langvarige fravær som er gradert økte signifikant gjennom oppfølgingsperioden fra 23 prosent det første forsøksåret til 43 prosent det tredje året. Et stort og økende flertall av de ansatte var fornøyd med mulighetene for utvidet egenmelding, men tilbakemeldingene tyder på at enkelte foretrekker å levere legemelding. Kritikkk av arbeidsplassens oppfølgingssystem, leders oppfølging, og at man opplever ansvaret ved egenmelding for belastende, oppgis som grunn. Overgang til egenmelding som hoveddokumentasjon ved sykefravær har ikke økt fraværnivået. Ved overgang til egenmelding ved lange fravær tar ansatte fortsatt kontakt med legen. Totalt sett tyder dette på at de ansatte tar ansvar ved å levere egenmeldinger samtidig som de tar kontakt med lege eller annen behandler for medisinskfaglige spørsmål og behandling. Forsøket taler for at som hovedregel er legemelding ikke nødvendig for å legitimere selv lange sykefravær.*

## Sykefraværsoppfølging i støpeskjeen og legenes rolle

Det er bred politisk enighet i Norge om at sykefraværet er for høyt. I løpet av de siste 20 årene er det satt i gang mange forsøk og tiltak for å redusere sykefraværet, uten at det har gitt ønsket effekt. Stadig mer fokus har blitt rettet mot dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, samt arbeidsgivers ansvar for å tilrettelegge arbeidsplassen. IA-avtalen<sup>1</sup> er et av flere virkemidler for å styrke denne dialogen. I senere tid er det også rettet mer fokus mot legenes rolle. Sentrale spørsmål er hvordan legene best kan bidra til arbeidstaker-arbeidsgiver dialogen, og om legens rolle som legitimator av fravær vanskeliggjør denne dialogen.

I Norge har legene mye makt til å bestemme hvem som er syke nok til å fritas oppmøteplikten på arbeid. Ved iverksetting av den første loven om sykepenges i 1911 inngikk legeerklæring som vilkår for ytelse av sykepenges (Johnson, 2004), og det var således legene som fikk i oppgave å skille mellom de verdige og ikke verdige i forhold til sykepenges. Ved allmenngjøringen av sykepengebestemmelsene i 1978, fikk arbeidstakere mulighet til å benytte egenmelding i inntil tre dager fire ganger i året. I 2001 åpnet IA-avtalen for egenmelding ved sykefravær i inntil åtte kalenderdager per fraværstilfelle, med til sammen 24 kalenderdager i løpet av en 12-månders periode i avtalebedrifter. For sykefravær utover dette er kravet til legeerklæring absolutt og fra 1988 har det vært krav om utvidede legeopplysninger for sykepenges utover åtte uker.

I 2009 ble det nedsatt et ekspertutvalg i Norge som fikk i oppgave å fremme forslag til tiltak for å redusere sykefraværet. I ekspertgruppens rapport overlevert til Arbeidsdepartementet 1.2.10<sup>2</sup>, tas det til orde for flere grep, blant annet at antall egenmeldingsdager skal være lik antall arbeidsgiverfinansiert sykefraværsdager (foreslått til ti dager). I denne fasen skal oppfølging av sykefraværet være et forhold mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Etter en egenmeldingsperiode på ti dager, foreslår gruppen at sykemelding fra lege skal kreves. Sykemelding skal så langt det er mulig være gradert, og sykemeldinger som strekker seg ut over åtte uker skal som hovedregel være gradert. I tillegg legger gruppen vekt på at arbeidstaker skal følges opp under fraværet med dialogmøter og oppfølgingsplan, samt at arbeidsgiver må ta delansvar for finansiering av fulltidsfraværet utover åtte uker. Sistnevnte for å skape sterkere insentiver til å forebygge langtidsfraværet og utstøting.

Ekspertgruppens innstilling var et innspill til reforhandlingene av IA-avtalen på nyåret 2010. Da forhandlingene tok til understreket arbeidsministeren at ujevn sykemeldingspraksis blant legene har ført til at partene vil komme til å se nær-

mere på legenes praksis. I et notat av 22.1.10 til arbeidsministeren svarte Den norske legeforeningen med å foreslå mer aktive og involverte leger, med henvisning til blant annet økt bruk av beslutningsstøtte (veiledende sykmeldingslengder) slik man har i Sverige. Videre foreslo legeforeningen økt informasjonsutveksling mellom arbeidsgiver, lege og NAV<sup>3</sup> for å styrke legens beslutningsgrunnlag for sykemeldingsarbeid, herunder vurdering av funksjonsevne. Det ble også pekt på at fastlegene kjenner ofte pasientene sine godt og kan forutsi om et sykefravær vil bli langvarig.

## Norge ser til Norden

Interessen for hvilken rolle legene bør spille i sykefraværsoppfølgingen har økt de senere årene. I vurderingen av legenes framtidige rolle har norske aktører søkt inspirasjon og lærdom i nabolandene. I nabolandene, som også kjennetegnes av sjenerøse sykelønnsordninger, vektlegges imidlertid legens rolle og viktigheten av legeerklæringen forskjellig. I Danmark ble sykepengerettighetene samordnet med Sykepengeloven fra 1973 (Johansen et al., 2008). Arbeidsgiver og kommunens sykepengekontor står friere i Danmark til å vurdere behov for legeopplysninger, sammenlignet med Norge. I arbeidsgiverperioden er fraværet i Danmark i praksis egenmeldt (Brage et al., 2002). I 2007 ble arbeidsgiverperioden utvidet til 21 dager, og i 2009 ble prinsippet om obligatorisk sykefraværssamtale hos arbeidsgiver, fastholdelsesavtale, og bruk av mulighetserklæring fra lege, tatt inn i den danske Sygedagpengeloven.

I Sverige er legene tillagt en mer aktiv rolle i satsingen på økt tilstedeværelse på jobb utover egenmeldingsperioden på sju dager (Brage et al., 2002). Som i Norge forventes det at legene skal vurdere gradert sykemelding som førstevalg ved sykmelding, men det kreves en langt mer detaljert legeerklæring med fokus på arbeidsmulighet enn i Norge. I Sverige er det også innført nettbasert beslutningsstøtte for sykemeldere, med det mål å standardisere fraværslengde ut i fra diagnose. Finland, som først fra 2007 har satset på gradert sykmelding (Kausto, Miranda, Martimo & Viikari-Juntura, 2008), har beholdt kravet om legeerklæring fra dag en med unntak av offentlig sektor.

## Legenes sykmeldingspraksis

Undersøkelser fra både Norge og Sverige viser at endringer i lovverket ikke uten videre gjenspeiles i legenes sykmeldingspraksis (Arrelöv, Borgquist, Ljungberg &

Svärdsudd, 2003; Krohne & Brage, 2007). Hvor byrdefullt arbeidet med sykmelding oppleves, varierer blant leger (Arrelöv et al., 2007; Engblom, Alexanderson & Rudebeck, 2009; Löfgren et al., 2007), og gjennomgående er det fravær med mer subjektive plager og sammensatte lidelser som oppleves mest byrdefulle (Engblom, Alexanderson & Rudebeck, 2009; Nilsen et al., 2011). I hvilken grad sykmelding er styrt av pasient eller lege vil også variere (Wrapson & Mewse, 2010), og pasienter synes oftere å takke nei til sykmeldingsforslag fra leger enn omvendt (Englund & Svärdsudd, 2000; Larsen, Førde & Tellnes, 1994). Gulbrandsen, Førde & Aasland (2002) fant at mer enn halvparten av legene, iblant eller ofte, tilla pasientens ønske større vekt enn eget medisinsk skjønn, og en tredjedel av legene opplevde at pasientene forventet at de skulle hjelpe til med ikke-medisinske problemer. Nesten halvparten av legene utformet bevisst legeerklæringen for å styrke pasientens sak.

Hvilken betydning legen har for fraværnivået er ikke avklart. Forskningsmiljøet i Bergen har sett på langtidsfraværet og konkludert med at legene har en samkjørt sykmeldingspraksis der lite av forskjellen kan tilskrives egenskaper ved legen (Aakvik, Holmås & Islam, 2010), mens andre hevder at legen har klar innflytelse på fraværstilbøyelighet (Markussen, Røed, Røgeberg & Gaure, 2011).

En svensk undersøkelse av legeerklæringer i 2002 konkluderte med at de ofte gav utilstrekkelig grunnlag til å vurdere om rett til sykepenger i tråd med gjeldende lovverk var oppfylt eller ikke (Söderberg & Alexanderson, 2005). Systematisk medisinsk faglig gjennomgang av sykemelding II gav ingen reduksjon i varighet av fravær i en norsk randomisert studie (Ringdal, Haug & Mæland, 2002). Forsøk i Troms taler for at informasjonen i legeerklæringene i liten grad var i stand til å identifisere sykmeldte som selv mente det var muligheter for redusert fravær med tilrettelegging på arbeidsplassen (Fleten, Johnsen & Østrem, 2004). I samme undersøkelsen predikerte de sykmeldte selv lengde av fraværet bedre enn det lot seg gjøre på grunnlag av legeopplysningene. Brage og Thune (2008) fant i sin analyse av NAVs sykefraværsregister for 2006 at 61 prosent går tilbake på jobb mandag. De konkluderer med at det er åpenbart at ikke-medisinske forhold spiller en rolle ved valg av friskmeldingstidspunkt.

Forskningsresultatene gir således ikke et entydig bilde av hvilken rolle legen spiller som legitimator av fravær ved egen sykdom, samt nytteverdien av en legeerklæring eller funksjonsevnevurdering utført av lege, for tilbakevending til arbeid.

## Utvidet rett til egenmelding

I Ot.prp. nr 6 1999-2000 ble det åpnet for forsøk med betydelig utvidet egenmeldingsperioder med henvisning blant annet til erfaringer fra to forskningsprosjekter i Troms vedrørende oppfølging av sykmeldte og bruk av aktiv sykmelding. Ifølge proposisjonen er formålet med utvidet rett til egenmelding at sykmeldte skal ta et større ansvar for eget sykefravær og bidra til at det igangsettes tiltak på arbeidsplassen i samarbeid med arbeidsgiver. I samme ånd argumenterer Sandmannutvalget (NOU 2000:27) for utvidet bruk av egenmeldinger for å styrke dialogen på arbeidsplassen. Argumentasjonen er at legitimering av fravær gjennom lege kan føre til passivisering og for mye fokus på det syke i stedet for gjenværende funksjonsevne. I tillegg legges det vekt på at egenmeldingsordningen er basert på tillit mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om at arbeidstakeren skal kunne avgjøre om helsetilstanden er forenlig med arbeid.

## Egenmeldingsprosjektene i Kristiansand og Mandal kommuner

Det er to kommuner i Sør-Norge som har gått lengst i å forsøke utvidet rett til egenmeldinger. Kristiansand kommune startet forsøk med egenmeldt fravær inn til 50 dager per år i 2002. Etter forsøksperiodens utløp i 2004 har kommunen søkt om, og fått innvilget, nødvendige dispensasjoner fra Arbeidsdepartementet til å videreføre forsøket fram til 31.12.2012. Egenmeldingsprosjektet i Kristiansand kommune er evaluert (Fleten & Johnsen, 2005; Paulsen, 2005).

Inspirert av egenmeldingsprosjektet i Kristiansand kommune og det danske regelverket, igangsatte Mandal kommune sitt eget forsøk under navnet Tillitsprosjektet. I Mandal ønsket man imidlertid ikke å legge en begrensning på antall dager, og søkte om, og fikk tillatelse til, å sidestille egenmelding med sykmelding fra lege. Mandal er den eneste kommunen i Norge med en slik tillatelse, noe som innebærer at ansatte kan egenmeldte seg i 365 dager. Tillatelsen ble gitt i en forsøksperiode på fire år fra 1.7.2007, som senere har blitt utvidet til en forsøksperiode på fem og et halvt år. Selve forsøket med 365 egenmeldingsdager kom i drift fra 1.5.2008, og ved driftsstart var det 760 årsverk, fordelt på 1059 ansatte, sysselsatt i kommunen.

I begrunnelsen for Tillitsprosjektet argumenterer kommunen med at de ønsker å flytte fokuset fra lege-pasient-NAV til ansatt-leder-NAV, hvor det er leder sam-



men med den ansatte som har de beste forutsetninger til å finne gode løsninger på arbeidsplassen ut ifra lokalkunnskap. De ansatte oppfordres til å gå til sin lege med medisinskfaglige spørsmål, men til selv å vurdere om de er friske nok til å gå på jobb. Det er lagt opp til systematisk og tett oppfølging av nærmeste leder. Egenmeldingene skal leveres elektronisk og det stilles ikke spørsmål om diagnose. Ved hundre prosent fravær utover åtte uker, stiller imidlertid NAV krav om utvidede legeopplysninger. Dersom den ansatte ikke har hatt kontakt med sin lege før dette tidspunktet, vil dette kravet framtvinge kontakt. Uavhengig av dette kan den ansatte fortsette å levere egenmelding til arbeidsgiver.

Med utgangspunkt i erfaringene fra intervensjonen i Mandal vil vi i denne artikkelen presentere data som kan være et viktig bidrag i diskursen om hvilke rolle leger bør spille i forhold til legitimering og oppfølging av sykefravær. Vi vil se på i hvilken grad betydelig utviding av egenmeldingsrett påvirker sykefraværs-mønster, og hvilke forhold som påvirker de ansatte sin fornøydhet med utvidet egenmelding. På bakgrunn av disse funnene vil vi diskutere i hvilken grad obligatorisk bruk av legeerklæringer framstår som nødvendig.

## Datagrunnlaget

Datamaterialet som presenteres i denne artikkelen er hentet inn i forbindelse med evalueringen av Tillitsprosjektet<sup>4</sup>. Datagrunnlaget består av: Arbeidsgivers fraværsregister for tidsperioden 1.5.2008-30.6.2011 og medarbeiderundersøkelsene for årene 2008-2010.

Fraværsregisteret inneholder opplysninger om start og avslutning av fravær, om de er egen eller legemeldt og om fraværet er gradert. Registerdataene er et unikt datasett og er hentet inn med informert samtykke fra de ansatte. Det er i underkant av 30 ansatte som har benyttet seg av reservasjonsretten, noe som innebærer at vi har et nær komplett datasett. Ved sammenhengende fravær som omfatter flere meldinger, er dataene koblet sammen til et fraværstilfelle. Til sammen inneholder datasettet 8261 fraværstilfeller. Fra registerdataene har vi data vedrørende bruk av egenmeldinger, fraværslengde, gradering og friskmeldingsdag. Personvernombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste har gitt tilrådning til bruk av registerdataene for analyseformål i brev av 17.12.2009.

Mandal kommune gjennomfører en årlig standardisert ikke personidentifiserbar medarbeiderundersøkelse (Kommunenes Sentralforbund, 2008). Denne inneholder arbeidsmiljøspørsmål med en 6 trinns skala fra 1 (svært liten grad) til 6 (svært stor grad) med spørsmål om fornøydhet med hvordan jobben er tilrettelagt,

innholdet i jobben, fysiske arbeidsforhold, samarbeid med kollegaer, nærmeste leder, overordnet ledelse, lønns og arbeidsvilkår, muligheter for utvikling og stolthet over arbeidsplassen. Fra og med 2008 er det koblet på noen spørsmål knyttet til Tillitsprosjektet, herunder fornøydhet med mulighet til å levere egenmelding, og fornøydhet med Tillitsprosjektet med samme 6 punkts skala. For å se endring i andel som er misfornøyd med disse ordningene har vi dikotomisert i fornøyd ikke- fornøyd der verdier under fire ansees som ikke fornøyd. Undersøkelsen inneholder også spørsmål om lengde og behandlerkontakt ved siste fravær. I tillegg er det en åpen kommentarspalte, som de ansatte har benyttet. Svarprosenten var gjennomgående høy: For årene 2008-2010 har henholdsvis 88, 83 og 93 prosent av de ansatte svart.

## Statistiske analyser

De deskriptive analysene er presentert med 95 prosent konfidensintervall for proporsjoner, og analyser av lengde av fravær er presentert med gjennomsnittsverdi med 95 prosent konfidensintervall, og middelværdi med 25-75 prosent prosentiler. Kruskal Wallis test er valgt for vurdering om forskjeller er signifikant på 0,05 nivå for ikke normalfordelte data. For analyse av samvariasjon mellom arbeidsmiljødata og fornøydhet med egenmeldingsordningen er lineær regresjon benyttet.

## Resultater fra arbeidsgivers fraværsregister

I Mandal tok det ikke mange måneder etter driftsstart før brorparten av de ansatte leverte egenmelding ved eget sykefravær. I det første forsøksåret ble nærmere 27 prosent av det lange fraværet kun legemeldt, mens dette avtok til om lag ti prosent i forsøkets tredje år (Tabell 1).

## Fraværslengde og gradering

I Mandal kommune var det små endringer i fraværsmønsteret de tre første årene med egenmelding som førstevalg. De helt korte fraværene var signifikant kortere (Kruskal Wallis  $p=0,01$ ) i det tredje forsøksåret, med gjennomsnitt 1,48 dager, og gruppert median 1,42 dager, mot gjennomsnittlig 1,54 (gruppert median 1,48) i det andre forsøksåret. I det tredje forsøksåret var de lange fraværene gjennomsnittlig lengre, og dette til tross for at det bare er fravær med start de to første månedene av perioden som har et års oppfølgingstid. For fravær med start i perioden mai til

og med desember var økningen ikke statistisk signifikant (Kruskal Wallis  $p=0,14$ ). I det første forsøksåret var 90 prosent av påbegynte fravær 23 dager eller kortere, mens 90 prosent var kortere enn 24 og 28 dager for det andre og tredje året.

	År 1 2.5.2008-1.5.2009		År 2 2.5.2009-1.5.2010		År 3 2.5.2010-1.5.2011	
	Fravær ≤16 dager	Fravær > 16 dager	Fravær ≤16 dager	Fravær > 16 dager	Fravær ≤16 dager	Fravær > 16 dager
Egenmeldt	2176 95,4 % 94,5-96,2	161 52,8 % 47,0-58,5	2294 97,3 % 96,6-97,9	230 71,2 % 65,9-76,1	2196 97,9 % 97,3-98,5	253 75,3 % 70,3-75,9
Egen- og lege- meldt	13 0,6 % 0,3-0,9	62 20,3 % 16,0-25,3	10 0,4 % 0,2-0,8	41 12,7 % 9,3-16,8	5 0,2 % 0,1-0,5	49 14,6 % 11,0-18,8
Lege- meldt	92 4,0 % 3,3-4,9	82 26,9 % 22,0-32,2	53 2,2 % 1,7-2,9	52 16,1 % 12,3-20,6	41 1,8 % 1,3-2,5	34 10,1 % 7,1-13,9
Antall fravær	2281	305	2357	323	2242	336

Tabell 1 Antall og prosent av fravær som var egenmeldt, legemeldt eller begge deler fordelt på varighet innenfor arbeidsgiverperioden på 16 dager eller lengre, de tre første årene med utvidet egenmelding i Mandal. For prosentandelen er gitt 95 prosent konfidensintervall (KI)

I det første forsøksåret var arbeidstakere over 40 år mer tilbøyelig til å benytte bare egenmelding ved fravær utover 16 dager enn de til og med 40 år ( $p=0,03$ ). Gjennomsnittsalder ved kun egenmelding var 46,9 år mot 43,0 år blant dem som helt eller delvis benyttet legemelding. I de to påfølgende årene var det ingen signifikant aldersforskjell mellom kun egenmeldt og fravær som helt eller delvis var legemeldt. Andelen fravær utover arbeidsgiverperioden økte fra 22,6 prosent første året via 28,5 prosent det andre året til 43 prosent det tredje året,  $p<0,01$ . Det andre året var gradering vanligere ved egenmelding ( $p=0,003$ ), men det første og tredje året var denne samvariasjonen ikke statistisk signifikant. I arbeidsgiverperioden var 1,9 prosent gradert i det tredje året, mot 1,1 prosent i det første året og 1,3 prosent i det andre året ( $p=0,08$ , men signifikant for lineær trend  $p=0,03$ ).

År 3 2.5.2010-1.5.2011	Middel-lengde (25-75%)	1 (1-2)	5 (4-9)	30 (22-40)	≈154* (88-242)	2 (1-5)
	Gjennomsnitt lengde i dager (95%KI)	1,48 (1,45-1,51)	7,49 (7,15-7,83)	31,4 (29,8-33,1)	≈173,0* (156-191)	14,2*
	N	1833	409	167	169	2578
År 2 2.5.2009-1.5.2010	Middel-lengde (25-75%)	1 (1-2)	5 (4-10)	29 (22-40)	118 (78-205)	2 (1-5)
	Gjennomsnitt lengde i dager (95%KI)	1,54 (1,51-1,57)	7,55 (7,23-7,87)	31,8 (30,1-33,5)	153,0 (138-168)	12,8
	N	1869	488	179	144	2680
År 1 2.5.2008-1.5.2009	Middel-lengde (25-75%)	1 (1-2)	6 (4-9)	30 (22-42)	119,5 (75-212)	2 (1-4)
	Gjennomsnitt lengde i dager (95%KI)	1,52 (1,49-1,55)	7,17 (6,86-7,49)	32,5 (30,7-34,3)	151,6 (137-167)	13,0
	N	1806	477	157	148	2588
	Lengde-gruppe	1-3 dager	4-16 dager	17-56 dager	>56 dager	Alle

Tabell 2 Antall, gjennomsnittslengde med 95 % konfidensintervall og middellengde med 25 og 75 persentilen og for sykefravær målt i kalenderdager for fravær med varighet 1-3 dager, 4-16 dager, 17-56 dager og > 56 dager.

\* Gjennomsnittslengde i dager beregnet av fravær påbegynt før 1.1.2011 da oppfølgingsdata kun foreligger til 30.6.2011.

For fravær begrenset til arbeidsgiverperioden var egenmeldt fravær signifikant kortere (Kruskal Wallis  $p < 0,001$ ) enn fravær som hele eller deler av tiden var lege-meldt (Tabell 2). Dette gjelder for alle tre årene. Egenmeldt fravær < 17 dager hadde gjennomsnittlig varighet på 2,5 dager (middelverdi 2 dager), mens tilsvarende lengde på lege-meldt fravær var 8,1 dager i snitt (middelverdi 8 dager).

Gjennomsnittslengden for rent egenmeldt fravær utover 16 dager var for de tre første forsøksårene 84,3 dager (middelverdi 50 dager), mens fravær som hele eller deler av tiden var legemeldt varte i snitt 94,9 dager (middelverdi 57 dager) for samme periode (Kruskal Wallis  $p=0,08$ ). Egenmeldt fravær utover 16 dager økte fra 82,7 dager i gjennomsnitt i første år, til 84,6 dager det andre året og 87,2 dager det tredje året.

## Fravær dagsverk

Tabell 3 viser en økning av antall dagsverk sykefravær i det andre forsøksåret sammenlignet med det første året. Det var de korte og de lengste fraværene som økte mest fra det første til det andre forsøksåret. I det tredje forsøksåret fortsetter økningen i de lengste fraværene, mens det er en nedgang i kortidsfraværet målt i dagsverk sykefravær. Antall personer med fravær sannsynliggjør ikke at det er økt andel av de ansatte som har registrert sykefravær i løpet av et år.

Lengde-gruppe	År 1 2.5.2008-1.5.2009			År 2 2.5.2009-1.5.2010			År 3 2.5.2010-1.5.2011		
	N personer	Dagsverk	Kalender-dager	N personer	Dagsverk	Kalender-dager	N personer	Dagsverk	Kalender-dager
1-3 dager	761	2558	2741	766	2699	2894	785	2543	2713
4-16 dager	367	1902	3467	355	1934	3728	320	1629	3058
17-56 dager	159	2790	6136	167	2695	5739	153	2176	5276
>56 dager	160	8455	20190	179	10441	23041	198	11047	26763
Alle lengder	938	15705	32534	945	17770	35402	979	17395	37810

Tabell 3 Antall personer ansatt i Mandal kommune med registrert fravær og antall dagsverk og kalenderdager med sykefravær av ulik varighet i perioden 2.mai til og med 1.mai året etter, for forsøkets tre første år.

Ved å benytte antall avtalte dagsverk innrapportert til Aa-registeret<sup>5</sup> tilsvarer fraværet i 2008 7,7 prosent, i 2009 8,8 prosent og i 2010 8,4 prosent. Dette er lavere enn gjennomsnittet for kommunene i Norge, men litt høyere enn tallene fra Kommunenes Sentralforbund for Mandal. Svingningene er sammenfallende med nasjonale svingninger for kommunesektoren.

## Friskmeldingsdag

Andelen av sykefravær som ble avsluttet i tilknytning til helg (fredag, lørdag eller søndag), gikk ned fra det første til det tredje forsøksåret ( $p$  for trend = 0,02). Det var først og fremst de korteste fraværene (1-3 dager) der friskmeldingsdag ble jevner fordelt utover ukedagene. Gjennomsnittlig ble 52 prosent av fravær med varighet 4-16 dager avsluttet i helg, en liten nedgang fra 52,4 prosent det første året til 49,1 prosent det tredje året. For fravær utover arbeidsgiverperioden (varighet > 16 dager), var det tilsvarende tall 61,3 prosent i gjennomsnitt og 62 prosent det første året og 58,7 prosent det tredje året. For fravær utover arbeidsgiverperioden er det ingen signifikant forskjell mellom egen- og legemeldt fravær i andelen friskmeldt i tilknytning til helg.

## Resultater fra medarbeiderundersøkelsen: *Behandlerkontakt*

I følge egenrapporterte fraværdata i medarbeiderundersøkelsene i Mandal kommune for årene 2008-2010, økte andelen som svarte at de kun benyttet egenmelding ved siste fravær fra 77 prosent i 2008 til 87 prosent i 2010. Andelen som kun benyttet legemelding viste en tilsvarende nedgang (fra 14,6 prosent i 2008 til 4,4 prosent i 2010), mens kombinasjonsbruk av egen- og legemelding var ganske konstant.

De ansatte rapporterte ikke tilsvarende nedgang i kontakt med behandler. I 2008 svarte 43 prosent at de tok kontakt med lege eller annen behandler ved siste fravær. I 2009 og 2010 var de tilsvarende tallene 49 og 45 prosent.

I 2008 svarte 505 ansatte (61 %) at de ikke hadde hatt et fravær i løpet av de siste fire månedene. Tilsvarende tall for 2009 og 2010 var henholdsvis 503 (59,4 %) og 565 (60,8 %). Tabell 4 viser at andelen som hadde vært i kontakt med lege eller annen behandler ved siste fravær holdt seg stabilt de tre første årene med utvidet egenmelding, og for de korteste fraværene er andelen med behandler kontakt signifikant høyere i 2010 sammenlignet med 2008. Samtlige med fravær utover

åtte uker (mer enn 56 dager) hadde vært i kontakt med lege eller behandler alle tre årene undersøkelsen er foretatt, i tråd med lovkravet.

	2008		2009		2010	
Fraværs-lengde	N personer	Kontakt med behandler (95 % KI)	N personer	Kontakt med behandler (95 % KI)	N personer	Kontakt med behandler (95 % KI)
1-3 dager	187	19,8 % (14,3-26,2)	187	24,6 % (18,6-31,4)	230	26,5 % (20,9-32,7)
4-16 dager	56	78,6 % (65,6-88,4)	68	72,1 % (60,0-82,3)	53	81,1 % (68,0-90,6)
17-56 dager	22	90,9 % (70,8-98,9)	25	96,0 % (79,6-99,9)	16	87,5 % (61,7-98,4)
> 56 dager	13	100,0 % (75,3-100)*	15	100,0 % (78,2-100)*	16	100,0 % (79,4-100)*
Ikke besvart lengde	35	65,7 % (47,8-80,1)	44	72,7 % (57,2-85,0)	43	69,8 % (53,9-82,8)
Totalt	313	43,8 % (38,2-49,5)	339	49,0 % (43,5-54,4)	358	45,8 % (40,6-51,1)

Tabell 4 Antall og andel personer med fravær siste 4 måneder som har rapportert om de har vært i kontakt med lege eller behandler eller ikke i samband med dette fraværet. Lengdegruppene er basert på egenrapportert lengde for siste fravær i medarbeiderundersøkelsene 2008-2010 i Mandal.

Kilde: Medarbeiderundersøkelsene 2008-2010. \*Enveis 97,5 % konfidensintervall

## De ansattes syn på egenmeldingssystemet

I medarbeiderundersøkelsene rapporterte de ansatte hvor tilfreds de var med muligheten til å levere egenmeldinger og hvor tilfreds de var med Tillitsprosjektet samlet sett langs en skala fra 1 (svært liten grad tilfreds) til 6 (svært stor grad tilfreds). I samtlige tre målinger var et stort flertall tilfreds eller svært tilfreds med både muligheten til å levere egenmeldinger og med Tillitsprosjektet (Tabell 5). Gjennomsnittlig fornøydhhet har økt samtidig som andelen som ikke svarer eller svarer "vet ikke" har gått ned.

År	N skjema besvart	I hvilken grad er du fornøyd med muligheten til å levere egenmel- dinger?			Alt i alt, hvor fornøyd er du med tillitsprosjektet?		
		n Missing & Vet ikke	Snitt skår 95 % KI	Andel skår < 4 95 % KI	n Missing & Vet ikke	Snitt skår 95 % KI	Andel skår < 4 95 % KI
2008	829	96	4,95 4,86-5,03	11,1 8,8-13,3	144	4,78 4,69-4,87	11,6 9,3-13,9
2009	847	55	5,15 5,08-5,23	8,1 6,3-10,2	85	5,01 4,93-5,10	10,3 8,1-12,4
2010	930	58	5,20 5,13-5,27	8,0 6,3-10,0	68	5,08 5,01-5,16	9,5 7,7-11,7

Tabell 5 Gjennomsnittsskår for egenrapportert grad av tilfredshet med muligheten til å egenmelde seg og Tillitsprosjektet generelt i Mandal kommune ut fra en skala fra svært liten grad (1) til svært stor grad (6). Missing og vet ikke er slått sammen og prosentandel med 95 % KI som skårer mindre enn 4 er beregnet av de som har svart på spørsmålet.

Kilde: Medarbeiderundersøkelsene 2008-2010

For alle tre årene er det en sterk positiv korrelasjon mellom fornøydhhet med muligheten til å egenmelde seg og fornøydhhet med Tillitsprosjektet generelt sett (Pearson's R= 0,889 p<0,001 i 2010).



	I hvilken grad er du fornøyd med muligheten til å levere egenmelding? (Justert R <sup>2</sup> =0,10) N=854		Alt i alt, hvor fornøyd er du med tillitsprosjektet? (Justert R <sup>2</sup> =0,135) N=864	
	Standardisert beta koeffisient	p	Standardisert beta koeffisient	p
Alder 30-49 år	0,086	0,008	0,055	0,086
Ansiennitet (< 3 år, 3-10 år og > 10 år)	-0,073	0,026	-0,062	0,056
Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med hvordan jobben din er tilrettelagt?	0,106	0,008	0,136	0,001
Alt i alt, hvor fornøyd er du med samarbeidet med dine kolleger på arbeidsplassen?	0,090	0,019	0,092	0,015
Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med din nærmeste leder?	0,120	0,002	0,130	0,001
Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med din enhetsleder?	-0,054	0,129	-0,053	0,127
Alt i alt, i hvilken grad er du fornøyd med lønns- og arbeidstidsordningene i jobben din?	0,044	0,218	0,052	0,14
Alt i alt, i hvilken grad er du stolt over arbeidsplassen din?	0,100	0,014	0,125	0,002

Tabell 6 Lineær regresjon med helhetsvurdering av mulighet for egenmelding og fornøydhet med Tillitsprosjektet om helhet i medarbeiderundersøkelsen 2010 som avhengige variabler. Uavhengige variabler med  $p < 0,2$  i begge modellene ble ekskludert

Godt tilrettelagt arbeid, godt kollegialt samarbeid, fornøydhet med nærmeste leder samt stolthet over arbeidsplassen er de arbeidsmiljøindikatorne som sterkest samvarierer med de ansattes fornøydhet både med muligheten til bruk av egenmelding og med Tillitprosjektet generelt. Aldersgruppen 30-49 år var mest positiv, mens de med lengst ansiennitet synes mer negative. Verken kjønn, stillingsprosent, utdanning eller om en var fast ansatt eller vikar, viste sikker samvariasjon med den overordna fornøydheten. De mer detaljerte spørsmålene under nærmeste leder viste at spørsmålene:

- synes du at du kan varsle om kritikkverdige forhold på din arbeidsplass?
- din nærmeste leder gir klart uttrykk for hva som forventes av deg i jobben?
- din nærmeste leder er lydhør overfor dine synspunkter?

viste signifikant samvariasjon med fornøydhet med muligheten til å levere egenmeldinger og Tillitprosjektet. Verken fysisk arbeidsmiljø eller fornøydhet med lønns- og arbeidsbetingelser synes å ha betydning i forhold til fornøydhet med muligheten for egenmelding.

I 2010 var det 70 ansatte som gav uttrykk for at de ikke er tilfreds med muligheten til å egenmelde seg (Tabell 5). De som er mindre fornøyde har oftere lang ansiennitet (definert som mer enn ti år) og fast stilling, samt rapporterer oftere lengre fravær, oftere kontakt med lege eller annen behandler, og har sjeldnere bruk av kun egenmelding (alle signifikant  $p \leq 0,05$ ).

## Ansattes kommentarer

Kommentarene gitt til slutt i medarbeiderundersøkelsen kan bidra til å kaste lys over hva ansatte er kritiske til. Hvert år var det om lag ti prosent som benyttet seg av muligheten til å skrive kommentarer.

I 2008 ga ni ansatte uttrykk for at de har et behov for å legitimere sitt fravær ved en legemelding. Legemeldingen gjør det lettere å være hjemme i forhold til sine kollegaer og egen samvittighet. Flere ga også uttrykk for at de er redd for ikke å bli trodd eller å bli mistenkeliggjort. I 2009 var det sju ansatte som skrev at de foretrakk å legemelde seg framfor å egenmelde seg fordi de ønsker dokumentasjon på at de er syke. Dette gjelder spesielt når det er snakk om en "ikke-synlig" sykdom. Flere viser også til at man ikke er i stand til å ivareta egne interesser når man er psykisk syk. Da er det viktig at legen har en mer aktiv rolle og sykmelder. Andre igjen var opptatt av legens taushetsplikt og den fortrolighet man kan oppnå hos sin lege, og som man i mindre grad har med sin nærmeste leder.

I 2010 var det åtte som ga klart uttrykk for at de ønsker å benytte seg av legemelding selv om de kan velge å egenmelde seg. Flere av disse viser til at de synes det er vanskelig å være sin egen lege og at de synes det er godt å kunne få en vurdering og en bekreftelse fra en lege på at de er syke nok til å være hjemme. Ti ansatte trekker fram både fordeler og ulemper ved bruk av egenmeldinger. Flere viser til at egenmeldingssystemet er bra i forhold til korttidsfraværet, men i forhold til langtidsfraværet ønsker man i større grad å bruke legemeldinger og peker på at egenmelding ikke passer like bra for alle typer fravær: *"Det er ok med "lette sykdommer", men fungerer dårlig når man er alvorlig syk"; "Dersom man er frisk psykisk virker det bra. Men det er verre da man får psykiske vansker og ikke kan jobbe. Da er det mindre forståelse for fraværet"*. Andre igjen peker på utfordringer knyttet til oppfølgingen og dialogen med leder: *"Å ta diskusjonen om restarbeidseonen med for eksempel en avdelingsleder som en ikke er helt på "bølgelengde" med kan fort bli usaklig og ubehagelig"*.

I tillegg til ovennevnte var det 18 ansatte som uttrykte klar skepsis til Tillitsprosjektet i 2010-undersøkelsen. I hovedsak kan disse kommentarene deles i tre grupper. Den første gruppen var kritisk til hvordan leder følger opp. Utilbørlig press, sterke føringer fra leder, overprøving av egenmeldingsretten og ubehagelige møter, er eksempler på ord som er knyttet til denne kritikken. Den andre gruppen var misfornøyd med selve oppfølgingssystemet, herunder at oppfølgingsmøtene kommer for tett i tid, at oppfølgingen oppleves som "masete" og bidrar til å gi dårlig samvittighet, at man føler seg presset til å komme for fort tilbake i arbeid, samt at kvaliteten på oppfølgingen er for dårlig. Den siste gruppen mener at egenmeldingssystemet legger for stort ansvar på den enkelte ansatte. Det gis uttrykk for at man ofte er for pliktoppfyllende og kommer tilbake til arbeid for tidlig, noe som igjen kan føre til tilbakefall og mer fravær. I tillegg pekes det på at det er et for stort ansvar når man sliter med psykiske lidelser.

## Diskusjon

Bruk av egenmelding ved sykefravær ble fort hovedregel i Mandal etter innføring av mulighet for et års egenmelding. De korte fraværene ble kortere og avsluttet mer likt fordelt over uken. De ansatte var jevnt over fornøyd med muligheten til bruk av egenmelding og Tillitsprosjektet generelt. Denne fornøydhet samvarierte positivt med tilrettelegging av arbeid, kollegafelleskapet og fornøydhet med nærmeste leder. Ansatte med lange fravær utrykte oftere mindre fornøydhet med egenmeldingsmuligheten, og siste år kan det se ut som de lengste fraværene tenderte til å øke i lengde.

Mandal igangsatte sitt utvidede egenmeldingsprosjekt seks år etter Kristiansand. Med erfaringsgrunnlaget fra Kristiansand, brukte man i Mandal god tid til å organisere prosjektet og det ble lagt ned omfattende arbeid i å informere ansatte, ledere og fastlegene om at egenmelding bør være førstevalget ved sykefravær. Da prosjektet ble igangsatt gikk det ikke lang tid før egenmelding var hovedregelen, både når det gjelder det korte og det lange fraværet.

Mens legen forventes å kunne gi friskmeldingsdag ut fra medisinsk faglige kriterier, kan den ansatte vurdere sin arbeidsevne fortløpende. Undersøkelser av legenes friskmeldingsatferd viser at legene tenderer til å friskmelde fra mandag (Brage & Thune, 2008) og at de har en tilsynelatende preferanse for fravær av tre, fem eller syv dagers varighet (Halvorsen et al., 2011). Dette kan tyde på at legers praksis er for standardisert. Utvidet bruk av egenmelding kan således bidra til å redusere fraværshværet ved at ansatte vender tilbake når de føler seg friske eller klare for arbeid. Dataene fra Tillitsprosjektet bekrefter at ansatte med korte fravær som egenmelder seg er raskere tilbake i arbeid og vender tilbake til arbeid jevnere fordelt over uken, enn ansatte som har et legemeldt fravær. Men for fravær utover arbeidsgiverperioden (>16 dager), gir ikke dataene fra de tre første forsøksårene støtte til arbeidshypotesen om at ansatte vil komme raskere tilbake til arbeid og vende tilbake mer jevnt fordelt på ukedagene ved egenmelding kontra legemelding.

Når det gjelder fraværet innen arbeidsgiverperioden viser registerdataene at tapte dagsverk som følge av egen sykdom er mindre i forsøkets tredje år, sammenlignet med det første året. Dette tyder på at når tidspunktet for tilbakevending til arbeid fordeler seg jevnere over ukedagene, innebærer det en avkorting av fraværslengden. De høyere tallene i forsøkets andre år må sees i sammenheng med den økning en så nasjonalt høsten 2009 og første kvartal 2010 som for i ikke uvesentlig grad kan trolig tilskrives svineinfluensaen med sentrale råd om fravær som middel for redusert smitte.

Registerdataene viser for øvrig at ved fravær utover åtte uker er det en tendens til økning av fraværslengde det siste registreringsåret. Overgang til egenmelding synes også bare i mindre grad å føre til en jevnere tilbakegang til arbeid ved langvarig fravær sammenlignet med nasjonale tall (Brage & Thune, 2008). Selv om man egenmelder seg ved lengre fravær, er friskmeldingsmønsteret tilnærmet likt som ved legemelding. Den jevnere tilbakegangen til arbeid utover uken for fravær inntil 16 dager taler imidlertid for at ansatte er i stand til å vurdere når de kan gå tilbake til arbeidet. For lengre fravær synes de ansatte å ta med seg vante mønstre fra legene som tilsier at de går tilbake til arbeid på mandag.

Disse dataene tyder derfor på at utvidet rett til egenmelding ikke endrer fraværsmønsteret for det lange fraværet, kun for det korte.

Andelen langvarige fravær som er gradert økte signifikant gjennom oppfølgingsperioden fra 23 prosent det første året til 43prosent det tredje året. Med unntak av det andre forsøksåret, var det ikke signifikante forskjeller i bruk av gradering avhengig av om fraværet var egen- eller legemeldt. Denne endringen har trolig sammenheng med at NAV har argumentert sterkt for økt bruk av graderte sykemeldinger de siste årene, både med henvisning til regjeringens ekspertgruppe som fremmet forslag for å redusere sykefraværet (se fotnote 2) og den nye IA-avtalen som ble reforhandlet i februar 2010.

## Kontakt med behandler

Selv om det store flertallet av de ansatte i Mandal kommune kun benytter egenmelding ved eget sykefravær, uavhengig av fraværslengde, tar de ansatte likevel kontakt med sin lege eller behandler. Medarbeiderundersøkelsen viser at nesten alle med fravær utover 16 dager er i kontakt med lege eller annen behandler, og at andelen som tar kontakt med sin lege eller behandler ved de helt korte fraværene (1-3 dager) faktisk har økt fra 2008 til 2010. Det er ingenting i datamaterialet som tyde på at risikoen for at utvidet egenmelding forsinker de ansattes kontakt med lege. Det kan også tenkes at likheten i friskmeldingsdag for det egen- og legemeldte fraværet ved lange fravær kan nettopp forklares med at de ansatte har en dialog med sin lege og får råd om når det er naturlig å vende tilbake til arbeid.

I de nye retningslinjene for oppfølging av sykemeldte fra sommeren 2011 er det lagt klare føringer for at behandler skal delta i dialogmøter på arbeidsplassen senest etter 7 uker. Kontakt mellom sykmeldte og legen før disse møtene vil være ønskelig, men krever i seg selv ikke at fraværet er legitimert med erklæring fra legen.

I Mandal uttrykker et stort og økende flertall stor grad av tilfredshet med både muligheten til å egenmelde seg og Tillitsprosjektet totalt sett. Økt fornøydhet med egenmeldingsordningen etter hvert som de får erfaring med den er i tråd med funn fra Kristiansand (Paulsen, 2005). Tilbakemeldingene i medarbeiderundersøkelsen i Mandal viser at selv om det er relativt få som utvetydig uttrykker at de ønsker å legemelde seg framfor å egenmelde seg, er det likevel en del utfordringer knyttet til åpenhet og samhandling på arbeidsplassen. De som er mest fornøyd med muligheten til å egenmelde seg, er de som mener at arbeidsplassen er preget av åpenhet, tydelighet og at leder er lydhør.

Ti prosent er skeptisk til egenmeldingssystemet med hovedbegrunnelse i et behov for å legitimere fraværet både overfor leder og kollegaer. Dette kan dels forklares med at ikke alle opplever at de har et godt samarbeidsklima med sin nærmeste leder, dels med at diskusjonen med legen er mer uforpliktende. Har man en erklæring fra lege eller annen fagperson som fastslår arbeidsuførhet, fritar dette den ansatte fra å ta stilling til mulighetene for hel eller delvis arbeid. Det er vanlig å si at jeg skal til lege for å sykmelde meg, men når man har vært hos legen heter det at man ble sykmeldt. Uttrykket man går til lege for å sykmelde seg, men ble sykmeldt når man kommer derfra, vil være i tråd med dette. Dette er i tråd med undersøkelser som tilsier at legeerklæringer i stor grad er pasientstyrt (Wrapson & Mewse, 2010; Englund & Svärdsudd, 2000; Larsen, Førde & Tellnes, 1994; Gulbrandsen, Førde & Aasland (2002), og vil kunne passe med at lege eller annen fagperson har rolle som legitimator av fravær. Tilbakemeldingene om at det er spesielt ved de lange fravær og ved psykiske lidelser de ansatte savner legeerklæring, er i alle fall delvis overlappende med de situasjoner der leger uttrykker at sykmeldingen er særlig byrdefull (Engblom, Alexanderson & Rudebeck, 2009; Nilsen et al., 2011).

Medarbeiderundersøkelsene taler for at forholdet til kollegaer og nærmeste leder har stor betydning for fornøydhet og tillit i disse relasjonene vil være avgjørende for hvor godt egenmeldingsordningen vil fungere. Dette taler for at også forsøk i mindre forberedte organisasjoner bør forsøkes før det konkluderes at erfaringene fra Mandal kan generaliseres.

De foreliggende dataene gir ikke grunnlag til å vurdere i hvilken grad legene er fornøyd med overgangen til egenmelding. At færre oppsøker lege kun for å legitimere fraværet sitt, vil imidlertid frigjøre legeårsverk til andre oppgaver som eksempelvis rådgivning, deltakelse i dialogmøter og vurdering av arbeidsmuligheter, slik Den norske legeföreningen tok til orde for i sitt notat til Arbeidsministeren 22.1.2010.

## Konklusjon

Resultatene fra de tre første forsøksårene med rett til egenmelding i 365 dager i Mandal kommune viser en klar overgang fra legemelding til egenmelding. Samtidig viser resultatene at økt bruk av egenmelding avkorter fraværslengden ved korte fravær, men ikke ved lange fravær. Det er imidlertid lite som tyder på at de ansatte misbruker den utvidede retten til egenmelding ved lange fravær. Selv om de lange fraværene har økt noe i lengde, er ikke forskjellen signifikant. Dataene

tyder også på at de ansatte har kontakt med lege eller annen behandler under fraværet, spesielt ved de med lange fraværene. Slik sett kan vi si at forsøket i Mandal kommune viser at de ansatte tar ansvar når de leverer sine egenmeldinger og er fornøyd med denne ordningen. Det er imidlertid grunn til å minne om at enkelte ansatte er skeptiske til egenmeldingsordningen og foretrekker å levere legemelding, noe de har anledning til. Skepsisen er størst hos de ansatte ved de lengste fraværene, og også utvikling i fraværdataene kan tale for at det bør være sikkerhetsnett med dialog med behandler for de lengste fraværene.

Vi vil derfor konkludere med at sykefravær må som hovedregel ikke legitimeres med legemelding, men det bør sikres dialog med behandler senest i forkant av obligatorisk dialogmøte på arbeidsplassen etter sju uker. Utprøving av ulike modeller og i organisasjoner som ikke er like motivert anbefales før en generell utviding av egenmeldingsperioden utover arbeidsgiverperioden.

## Noter

- 1: IA-avtalen er en intensjonsavtale mellom den norske regjering og partene i arbeidslivet og ble første gang inngått i oktober 2001. IA står for Inkluderende Arbeidsliv og et av målene er å redusere sykefraværet i Norge. Intensjonsavtalen har laget et rammeverk hvor enkeltbedrifter inngår egne IA-avtaler.
- 2: Rapport Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform, Arbeidsdepartementet. 2010. [http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648](http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648).
- 3: NAV er forvaltningsenheten som administrerer den norske sykepengeordningen. NAV er et akronym for den nye statlige Arbeids- og Velferdsetaten som ble etablert 1.7.2006 som følge av en sammenslåing av Trygdeetaten, Aetat og deler av kommunenes sosialtjenester. Det er etablert et NAV kontor i hver kommune.
- 4: Evalueringen utføres av Universitetet i Agder og Agderforskning.
- 5: Aa-registeret er administrert av NAV og inneholder informasjon om arbeidsforhold i Norge. Registeret inneholder opplysninger om blant annet hvor mange timer per uke vedkommende jobber. I utregningen er benyttet innrapporterte dagsverk for perioden fra og med 2. kvartal 2008 til og med 1. kvartal 2009 for å estimere mulige dagsverk 1.5.2008-30.4.2009 og tilsvarende for 2009 og 2010.

# Litteratur

- Aakvik, A., Holmås, T.H. & Islam, M.K. (2010) Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Social Science & Medicine* 70: 1590-1598
- Arrelöv, B., Borgquist, L., Ljungberg, D. & Svärdsudd, K. (2003) The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. *Health Policy* 63: 259-268
- Arrelöv, B. et al. (2007) Dealing with sickness certification – a survey of problems and strategies among general practitioners and orthopaedic surgeons. *BMC Public Health* 7: 273
- Brage, S. Et al. (2002) Trygdeordninger i Norden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 122: 1486-1491
- Brage, S. & Thune, O. (2008) Friskmeldt fra mandag. *Arbeid og velferd* 2: 40-42
- Engblom, M., Alexanderson, K. & Rudebeck, C.A. (2009) Characteristics of sick-listing cases that physicians consider problematic – analyses of written case reports. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27:250–255
- Englund, L. & K. Svärdsudd (2000) Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 18: 81-86
- Fleten, N. & Johnsen, R. (2005) Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Evaluering av kontrollert intervensjonsforsøk i stor skala, med utvidet rett til egenmelding i kombinasjon med økt og formalisert samhandling mellom arbeidstaker og arbeidsplassen ved sykefravær. ISM skriftserie nr 79. Tromsø: Universitetet i Tromsø
- Fleten, N., Johnsen, R. & Førde, O.H. (2004) Length of sick-leave – why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health* 4: 46
- Fleten, N., Johnsen, R. & Østrem, B.S. (2004) Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: A clinical epidemiology study. *BMC Public Health* 4: 8
- Fleten, N., Krane, L. & Johnsen, R. (2009) Utvidet egenmelding – en vei mot riktigere sykefravær? *Norsk Epidemiologi* 19: 223-228
- Gulbrandsen, P., Førde, R. & Aasland, O.G. (2002) Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 122: 1874-1879
- Halvorsen, P.A. et al. (2011) Decisions on sick leave certification for acute airways infections based on vignettes: A cross-sectional survey of GPs in Norway and Poland. *Scand J Prim Health Care* Feb 17 2011. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 21323635.
- Johansen, K. et al. (2008) Controlling sickness absence: a study of changes in the Danish sickness absence legislation since 1973. *Health Policy* 86:109-118
- Johnson, G.E. (2004) Tid for en smule ansvarsfraskrivelse? Legerollen som historisk konstruksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* 124: 237-2139
- Kausto, J., Miranda, H., Martimo, K.P. & Viikari-Juntura, E. (2008) Partial sick leave—review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. *Scand J Work Environ Health* 34: 239-249
- Kommunenes Sentralforbund (2008) *Verktøy for måling av medarbeidertilfredshet. Faglig veileder*. Å jour pr 10.02.08. KS Effektiviseringsnettverkene.
- Krohne, K. & Brage, S. (2007) New rules meet established sickness certification practice: A focus-group study on the introduction of functional assessments in Norwegian primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25: 172-177



- Larsen, B.A., Førde, O.H. & Tellnes, G. (1994) Legenes kontrollfunksjon ved sykmelding. *Tidsskr Nor Lægeforen* 114: 1442-1444
- Löfgren, A. et al. (2007) Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: A cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25: 178-185
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O.J. & Gaure, S. (2011) The anatomy of absenteeism. *Journal of Health Economics* 30: 277-92
- Nilsen, S. et al. (2011) Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 29: 7-12
- NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. Utredning fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 9. april 1999. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 15. september 2000. Statens forvaltningstjeneste
- Paulsen, B. (2005) *Evaluering av egenmeldingsforsøket i Kristiansand – ansattes erfaringer og vurderinger*. Rapport STF78 A055011. Trondheim: SINTEF Helse
- Ringdal, P.R., Haug, K. & Mæland, J.G. (2002) Fører systematisk vurdering av Sykmelding II-erklæringer til lavere trygdeforbruk? *Tidsskr Nor Lægeforen* 122: 157-160
- Söderberg, E. & Alexanderson, K. (2005) Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand J Public Health* 33: 314-320
- Wrapson, W. & Mewse, A.J. (2010) Does the doctor or the patient control sick leave certification? A qualitative study interpreting patients' interview dialogue. *Family Practice* 28: 202-9

# Abstracts in English

## Musculoskeletal aging, work ability, and 'health resource/risk balance'

*Anne Møller & Susanne Rewentlow*

Physical activity in leisure-time is recommended by authorities as healthy while physical activity at work is often considered to be harmful to your health. In Denmark the term 'nedslidning' is used to describe the gradual physical deterioration due to exposures in the work environment. This article presents a review of the literature about physical work and health, and the historical and present use of the term 'nedslidning' is described. Instead of using the not very specific term 'nedslidning', the article suggests that the process of deterioration is seen as part of the musculoskeletal ageing process. The reader is presented to a 'life course perspective' on the aging process and to a 'life course perspective' on the relationship between the physical activity in work life and the following physical function in midlife. The paper concludes with a recommendation of the use of these perspectives in future occupational research and in daily life, where professionals are working with the relationship between work environment and health.

# Social pain in modern working life from the perspective of work psychology

*Einar Baldvin Baldursson*

It is often argued, that modern work and living in globalized knowledge society involve new demands and social stressors. This paper argues that it is meaningful to assume the existence of a psychological immune system that has emerged through the evolution of social mammals and humans. Accord to the theory, this system is activated in the case of social threats, loss or damage. When activated it causes psychological pain and depressive reaction. Similar to the innate immune system, the psychological immune system involves (social) behavior with the goal to limit damage and improve the odds for recovery. In the paper it is argued that modern work involves increased focus on social relations and cooperation. The experience of permanent changes at work, increased pressure and emotional demands lead to increasing risk for social loss and defeat at work. According to this theory such experiences will lead to psychological pain and depressive mental states. This theory can contribute to explaining the increasing prevalence of stress and depression.

# Normative and methodological perspectives on “labour” as a concept within the discourse concerning the economy of health programs

*Steen Brock & Bo Allesøe Christensen*

This paper begins by recounting important phases in the development of the concept of labour. Then the Capability Approach to welfare economy, by Amartya Sen, is presented as is the direction of socio-psychology called Positioning Theory. Accordingly, the paper advocates a way in which to assess the economy of health programs as a cornerstone within Public Health Strategies to the effect that the concept of labour is important in this context. All way through, the paper examines the inescapable gap between a professionalized authoritative viewpoint on labour and an authentic perspective thereupon.

## Stories of being unemployed and socially excluded

*Eva Ladekjær Larsen, Pernille Tanggaard Andersen & Carsten Kronborg Bak*

We live in a modern society where working life both is a source to identity and wealth and at the same time occupy our time and energy. But how is it to be unemployed and excluded from this working community? And why is it so hard to reintegrate people at the labour market? Based on theory of social exclusion these questions are explored by analysing socially vulnerable citizens' everyday lives and the complex social problems that have been accumulated through out their lives. We demonstrate how these accumulated risk profiles create barriers to be included in working life and often involves a high degree of marginalisation.

## Does sickness absence necessitate certification by a medical physician?

*Torunn S. Olsen & Nils Fleten*

Most Western countries require a medical certificate for payment of sickness benefits in prolonged absence spells. Based on an intervention enabling self-certified sick leave up to 365 days in the municipality of Mandal, this article discusses whether a medical certificate is necessary to legitimate sick leave. The municipality's absence registry and questionnaire data form the basis of this article. In Mandal self-certification has become the rule, both for short- and long-term sick leave. For short-term absence, the transition to self-certification has reduced absence length and return to work has become more evenly distributed throughout the week. For sick leave in excess of 16 days, absence length has increased, but not significantly. The proportion of graded long-term sick leave significantly increased in self-certified episodes, from 23 percent the first year to 43 percent the third year. A large and increasing majority of the employees are satisfied with extended self-certification. Those whom still prefer a doctor's sick note, are either critical to how they are followed-up at the workplace or feel that self-certification is a burden. The transition to self-certification as main documentation for sickness absence has not increased absence levels. During long-term absence spells employees consult their doctors. This indicates that the employees behave responsibly when they self-certify and retain contact with their doctor for medical purposes. The intervention suggests that mandatory certification by a doctor is not necessary for legitimising sick leave, even long-term absence.

# Socialworkers in a field of tension between politics and the needs of their clients

*Tina Bømler*

This article discusses the obligatory job activation measures directed toward workers receiving temporary sickness benefits, a policy that took effect on 1. January 2010. The requirement that workers on sick leave be subject to activation measures so they can return to work more quickly indicates a change in attitude about how we become well again. The purpose of this article is to describe and analyze how social workers in the Danish municipality of Aalborg work with activation of workers on sick leave. It describes how they manage the professional and ethical dilemmas they experience due to the specific activation requirements directed toward workers on sick leave. The problem takes its point of departure in our lack of specific knowledge about how the municipal job counselling centres manage the activation of those receiving sick leave benefits.

This article is a part of a pilot project, and therefore based on a limited amount of data. The pilot project should be seen as a preliminary phase of a larger qualitative study of the methodological challenges in the sick leave sector. The article is based on a focus group interview with five social workers in a job centre in the municipality of Aalborg. The results of the pilot study have been surprising. Even though there are professional and ethical dilemmas facing the social workers in the job centre, these are of less importance than the New Public Management based restructuring that has been taking place in the Danish public sector for nearly thirty years. Regulatory constraints, budget controls and standardization of the methods of social work are experienced by the social workers as the greatest obstacle to carry out professionally qualified social work. The requirements connected with regulations, standardized methods and budget controls have placed the social workers in a field of tension between politics and their clients' needs. Hence, the professional social sector workers find themselves compelled to manoeuvre in an organizational context that places contradictory demand on their activities.

## Sickness absence – past and present. Work and sickness between rights and duties in the modern welfare state

*Claus D. Hansen*

What can we learn about the relation between work and sickness by studying incapacity for work as it manifests itself in the way in which the phenomenon is discursively constructed and regulated by law in the period from 1950 to the present? This question is examined by tapping into various historical materials taken from newspapers, magazines, political debates and legislation. The material is analysed from a perspective inspired by Reinhart Koselleck that tries to infer the historical processes from the changes in which a concept is used differently over time. The analysis – drawing on Habermas and Foucault - reveals a fundamental ambivalence of sickness absence: on one hand, the regulation of temporary incapacity for work changed for the better by allowing workers to take sick leave when they felt like it without being economically punished. On the other hand, these newly won rights had unintended consequences e.g. leading to the exclusion of workers with fragile health status. At the same time, the use of statistics and sickness absence interviews can be seen as ‘technologies of power’ that normalize the way in which work and sickness can be integrated in our society.

# Forfatterliste

## *Anne Møller*

Læge i blokstilling til almen praksis og ph.d-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis København, Arbejdsmedicinsk Afdeling Køge Sygehus og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Hendes Ph.d.-projekts titel er: 'Arbejdets betydning for aldringsprocessen. Giver fysisk krævende arbejde tegn på tidlig aldring hos midaldrende danskere?' og anvender data fra Copenhagen Aging and Midlife Biobank, som udgår fra København Universitet. Pt. arbejder Anne Møller som reservelæge i Psykiatrien Øst, Region Sjælland. Ph.d.-projektet ventes færdigt forår 2013.

## *Susanne Reventlow*

Adjungeret professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, praktiserende læge, Dr.Med.Sci. og forskningsleder ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Er magister i antropologi fra Institut for antropologi, Københavns universitet. Hendes første forskning, i forbindelse med ansættelse på SFI (Social Forsknings instituttet i dag Det nationale forskningscenter for velfærd) som student og færdig læge, handlede om det langvarige sygefravær og nedslidning. Hun beskæftiger sig med almenmedicinsk forskning med interesse for teori og metodeudvikling inspireret fra antropologien. Hendes egen forskning har i en længere periode omhandlet risiko, medicinsk teknologi, kroppen, forebyggelse og kommunikation.

## *Einar B. Baldursson*

Født i Reykjavik, 1953. Cand.psych fra Aarhus Universitet 1980. Arbejdet ved Aarhus og Aalborg Universitet, og de Arbejdsmedicinske Klinikker i Herning og Skive. Selvstændig konsulent i en årrække. Forfatter til bogen "Hyperstress" (Frydenlund 2009). Medstifter af "The European Academy of Occupational Health Psychology". Aktuelt lektor i klinisk socialpsykologi ved Stressklinikken Aalborg Universitet.

### *Steen Brock*

Lektor ved Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet. Dr. Phil. på en afhandling om Niels Bohrs fysikfilosofi og ph.d. på en afhandling om moderne moralfilosofi. Har publiceret mange artikler om videnskabsfilosofi og kulturfilosofi og redigeret flere bøger, senest Folkesundhed. Perspektiver på dansk samfundsmedicin.

### *Bo Allesøe Christensen*

Cand. mag i religionsvidenskab og filosofi fra AU. Forsker p.t. i forholdet mellem de antropologiske elementer oplevelse/erfaring og økonomi. Er desuden redaktør ved forlaget Philosophia.

### *Eva Ladekjær Larsen*

Antropolog, mag.art, ph.d. og ansat som forsker på Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midt. Hendes forskningsinteresser er marginaliserede befolkningsgrupper og boligområder, forebyggelse af arbejdsmarkedseksklusion og social ulighed i sundhed.

### *Pernille Tanggaard Andersen*

Sociolog, ph.d. og lektor på Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet. Hendes forskningsinteresser er bl.a. social ulighed i sundhed, køn, klasse i forhold til livsstil og livsformer samt arbejdsmarkedet.

### *Carsten Kronborg Bak*

Sociolog, ph.d. og adjunkt på Center for Landdistriktsforskning, Syddansk Universitet. Hans forskningsinteresser er social ulighed i sundhed, fattigdom, levekår og social eksklusion i socialt udsatte boligområder og udvikling af interventionsprogrammer i socialt udsatte boligområder.

### *Torunn S. Olsen*

Arbejder som universitetslektor og forsker ved Institutt for arbeidsliv og innovasjon, Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap, Universitetet i Agder. Olsen har vært prosjektleder for en rekke evalueringer, blant annet evalueringen av Tillitsprosjektet i Mandal kommune. Forskningsinteressene er i hovedsak knyttet til hva som fremmer og hemmer nærvær i arbeidslivet.

### *Nils Fleten*

Arbejder som førsteamanuensis ved Institutt for Samfunnsmedisin, Det helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø. Han er spesialist i samfunnsmedisin og har bistilling som rådgivende overlege i NAV. Forskningsinteressene er i hovedsak sykefravær, både ut fra en epidemiologisk tilnærming og intervensjons tilnærming som forsøket med utvidet egenmelding i Kristiansand.



### *Tina Bømler*

Uddannet socialrådgiver og cand.scient.adm. og ph.d. Hun er lektor på Aalborg Universitet ved Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation. Forfatteren har skrevet en række bøger om bl.a. samfundets skyggesider.

### *Claus D. Hansen*

Født 1976, uddannet sociolog fra Aalborg Universitet (2004), har efterfølgende taget sin ph.d.-grad sammesteds med en afhandling om sygefravær (*En sociologisk fortælling om sygefravær*, 2010). Siden august 2010 adjunkt på Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet. Var fra 2004-2010 ansat på Arbejdsmedicinsk Klinik, Regionshospitalet Herning, hvor han bl.a. arbejdede på sygefraværprojektet ASUSI. Har i den forbindelse skrevet flere artikler om sygenærvær (at folk går på arbejde på trods af, at de føler sig syge). Siden 2007 tilknyttet ungdomskohorten VestLiv – Livskvalitet blandt unge fra Vestjylland som følger to årgange fra det tidligere Ringkøbing Amt med henblik på at afdække årsager til social ulighed i helbred. Underviser og vejleder på sociologistudiet fortrinsvis i kvantitative metoder. Hjemmeside: <http://personprofil.aau.dk/profil/103392>