

UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap

AORG350
Masteroppgave

Mangfold av tiltak

En case-studie av hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet

Malene Langehaugen

Vår 2023

Sammendrag

Studien har hatt som formål å undersøke *hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?* For å svare på spørsmålet ble det brukt kvalitativ metode med dokumentanalyse og semi- strukturert intervju med nøkkelpersoner. Dokumentanalysen bygger på fire ulike dokumenter og er delt inn i tre fokusområder: reduisering av sykefravær i arbeidslivet, sykefraværarbeid på sykehus og hvordan jobber Helse Bergen jobber med sykefravær. Informantene består av individer fra foretaksverneombudet, personal- og organisasjonsavdelingen, leder av IA-arbeidet og enhetsleder.

Før datainnsamlingen var fullført, ble det formulert tre forventninger som bygget på antakelsen om at ledelsen spiller en essensiell rolle i å redusere sykefraværet på arbeidsplassen.

Forventning en motivasjon - *Ledere har stor innvirkning på hvor motiverte de ansatte er i sitt arbeid. Å få hjelp, støtte og bli sett av sin leder er sentrale elementer for å forstå motivasjonen i organisasjonen.*

Forventning to endring og tilpasninger - *Ledere spiller en sentral rolle i planlagte endringsprosesser, og det er ofte ledelse som er avgjørende for om slike endringsprosesser blir vellykkede.*

Forventning tre strategi og strategiske beslutninger - *Ledelse blir forbundet med personer som innehar lederposisjoner og dermed beslutningsmyndighet. Dette innebærer at ledere spiller en sentral rolle i å forstå hvorfor og hvordan strategiske beslutninger bør tas.*

Funnene bekrefter forventningene. Både dokumentanalysen og studiens informanter påpeker at motivasjon er viktig for å lykkes med å redusere sykefraværet. Ledere i Helse Bergen tilbys kurs og veiledning om motivasjon for å opprettholde motivasjonen. Klinikkdirktører og divisjonsledere har jevnlig møter hvor de diskuterer hva som kan forbedres, og hva som allerede fungerer bra i enheten. Dette er et bevist valg Helse Bergen gjør for at

endringsprosesser skal oppleves som vellykket. Studien har vist at Helse Bergen bruker nærværarbeid som sin overordnede strategi for å redusere sykefraværet. Når ledelsen skal gjennomføre endringer og ta beslutninger som påvirker de ansatte, blir disse tatt i samråd med de ansatte.

Summary

The study aimed to examine how Helse Bergen works to reduce sick leave and what impact the IA agreement has had on their efforts. To answer the question, a qualitative method was employed, including document analysis and semi-structured interviews with key personnel. The document analysis consisted of four different documents and was divided into three focus areas: reducing sick leave in the workplace, sick leave work in hospitals, and how Helse Bergen works around sick leave. The informants consisted of individuals from the protection officer, human resources and organizational department, IA work manager, and unit leader.

Before completing the data collection, three expectations were formulated based on the assumption that leadership plays an essential role in reducing sick leave in the workplace.

Expectation one motivation - Leaders have a significant impact on how motivated employees are in their work. Getting help, support, and being seen by their leader are key elements in understanding motivation in the organization.

Expectation two change and adaptation - Leaders play a central role in planned change processes, and it is often leadership that is crucial to the success of such change processes.

Expectation three strategy and strategic decisions - Leadership is associated with people who hold leadership positions and therefore decision-making authority. This means that leaders play a central role in understanding why and how strategic decisions should be made.

The findings confirm the expectations. Both document analysis and study participants emphasize that motivation is important to succeed in reducing absenteeism. Leaders in

Helse Bergen are offered courses and guidance on motivation to maintain motivation. Clinic directors and division leaders have regular meetings to discuss what can be improved and what is already working well in the unit. This is a proven choice that Helse Bergen makes to ensure that change processes are perceived as successful. The study has shown that Helse Bergen uses attendance work as its overall strategy to reduce absenteeism. When management is to implement changes and make decisions that affect employees, these are made in consultation with the employees.

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på fem spennende og fine år ved Universitet i Bergen og masterprogrammet Administrasjon- og organisasjonsvitenskap. Arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende, men har også vært en veldig lærerik prosess. I den anledning er det flere jeg vil takke i forbindelse med min masteroppgave.

Gjennom de siste fem årene har jeg jobbet fulltid ved siden av studiene. Til tider har dette vært utfordrende, og det har krevd mye selv disiplin og helger for å få alt til å gå opp. Jeg vil derfor takke min sjef, Lena Eskilsson for ha vist forståelse og vært fleksibel når det har vært mye å gjøre.

Jeg vil også takke min veileder Simon Neby for gode innspill og råd, samt konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele prosessen.

Videre vil jeg si TUSEN TAKK til alle mine informanter fra Helse Bergen, uten dere hadde ikke oppgaven blitt komplett. Takk for at dere var villig til å stille til intervju og dele deres erfaringer og kunnskap.

Jeg vil samtidig takke mamma og pappa som har bidratt med støtte og motivasjonsord når masterskriving har vært vanskelig og utfordrende. Videre vil jeg takke min svigerfamilie her i Bergen, som har holdt ut med meg med mine diskusjoner angående sykefravær. Samtidig stor takk til May Britt og Åsmund for å ha korrekturlest hele oppgaven min!

Avslutningsvis vil jeg takke min kjære samboer Endre, for all støtte gjennom hele denne prosessen, takk for alle diskusjonene vi har hatt sammen om sykefravær og IA-avtalen og for at du korrekturlest oppgaven min fra start til slutt.

29. mai 2023
Malene Langehaugen

Forkortelser

IA – Inkluderende arbeidsliv

NAV – Ny arbeids- og velferdsforvaltning

NPM - New Public Management

KLP - Kommunal Landspensjonskasse

TV - Tillitsvalgte

VO - Verneombudet

Figuroversikt

Figur 1 S. 11 Legemeldt og egenmeldt sykefravær i spesialisthelsetjenesten, fordelt på helseregion. 2019–2021

Figur 2 S. 69 Nærværarbeid i Helse Bergen

Figur 3 S. 81 Illustrasjon av hovedfasene i Der skoen trykker

Figur 4 S. 85 Illustrasjon av resultat fra Forbedringsundersøkelsen 2018

Figur 5 S. 95 Illustrasjon av hvordan motivasjon henger sammen

Figur 6 S. 101 Utvikling og trend av egenmeldt sykefravær

Figur 7 S. 105 Utvikling sykefraværsprosent per N2 – Helse Bergen

Figur 8 S. 109 Resultater av Arbeidsbelastning

Tabelloversikt

Tabell 1 S. 18 En enkel modell av årsaker til sykefravær

Tabell 2 S. 25 Prioriteringer av ressurser

Tabell 3 S. 56 Oversikt over datagrunnlaget

Tabell 4 S. 61 Liste over studiens informantobjekter

Tabell 5 S. 67 Oversikt over det totale sykefraværet i perioden 2016 – 2021

Tabell 6 S. 71-72 Systematisk oppfølging av sykefravær

Innhold

Sammendrag	2
Summary.....	3
Forord.....	5
Forkortelser	6
1.0 Introduksjon.....	10
1.1 Problemstilling og avgrensning	11
1.1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling.....	12
1.2 Teoretisk og metodisk utgangspunkt.....	13
1.3 Disposisjon.....	13
2.0 Sykefravær og inkluderende arbeidsliv	15
2.1 Sykefravær i Norge	15
2.2 Ulike typer sykemeldinger.....	16
2.2.1 Legemeldt fravær	16
2.2.2 Egenmeldt fravær.....	17
2.2.3 Gradert sykefravær	17
2.2.4 Full sykemelding	18
2.3 Årsaker til sykefravær.....	18
2.3.1 Samfunnsnivå	19
2.3.2 Virksomhetsnivå.....	20
2.3.3 Individnivå	20
2.4 Forebygging av sykefravær.....	21
2.5 Oppfølging av sykefravær	22
2.6 Inkluderende arbeidsliv.....	23
2.7 Virkemidler i IA-avtalen.....	25
2.7.1 Utvidet egenmelding	25
2.7.2 En koordinert arbeidslivtjeneste.....	26
2.7.3 HelseArbeid	27
2.7.4 Kompetansetiltak	27
2.7.5 Ny arbeidsmiljøsatsning	27
2.7.7 Ekspertbistand.....	28
2.8 Sykehusansatte og sykehus som bransje	28
2.9 Sykehusreformene rundt årtusenskiftet.....	30
2.10 Oppsummering.....	31
3.0 Ledelse, motivasjon og oppskrifter.....	32
3.1 Tilnærminger til ledelse.....	33

3.1.1	Motivasjon.....	33
3.1.2	Endringsledelse	36
3.1.3	IA-avtalen som organisasjonsoppskrift	39
3.2	Ledelse og lederroller	41
3.3	Sykehusledelse	43
3.3.1	Enhetlig ledelse	43
3.3.2	Hva er todelt ledelse?.....	46
3.4	Oppsummering.....	47
4.0	Metodologi og datainnsamling	51
4.1	Vitenskapelig grunnlag	51
4.2	Casestudie	51
4.3	Datagrunnlag	54
4.3.1	Dokumentanalyse.....	55
4.3.2	Søkemethodikk	56
4.3.3	Styrker og svakheter med dokumentanalyse.....	57
4.3.4	Intervju	57
4.3.5	Intervjuguide: Bakgrunn, presentasjon og begrunnelse	58
4.4.6	Rekruttering av informanter	59
4.4	Reliabilitet og validitet.....	61
4.4.1	Reliabilitet.....	62
4.4.2	Validitet	63
4.5	Forskningsetikk.....	64
4.6	Oppsummering.....	65
5.0	Systematikk og forebyggende sykefraværarbeid	66
5.1	Empirisk gjennomgang av offentlig dokumenter	67
5.1.1	Methodikk og modell for nærværarbeid	67
5.1.2	Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet: Et forskningskart	70
5.1.3	Sykefraværarbeid i sykehus	74
5.2	Empirisk gjennomgang av intervju med nøkkelpersoner	76
5.2.1	Sykefravær.....	76
5.2.2	IA-avtalen	79
5.3	Oppsummering.....	87
6.0	Sykefraværreduksjon og IA-avtalens virkning	90
6.1	Motivasjon.....	90
6.1.1	Motivasjon for å få arbeidstakeren til å gå på jobb	90

6.1.2	Motivasjon til å få ledere til å jobbe med sykefravær	92
6.1.3	Motivasjon som del av ledelsesfunksjonen	93
6.1.4	Oppsummering.....	97
6.2	Endring og tilpasning	97
6.2.1	Endring for den ansatte.....	97
6.2.2	Endring i tilnærmingen som ledelsesfunksjon eller systemendring (struktur).....	98
6.2.4	Oppsummering.....	103
6.3	Strategi og strategiske beslutninger.....	103
6.3.1	Strategisk ledelse til operativ ledelse.....	103
6.3.2	Er sykefraværarbeid en del av det daglig arbeidet?	105
6.3.3	Oppsummering.....	107
6.5	Hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?.....	110
6.5.1	Effekter på sykefravær	110
6.5.2	Instrumentelle effekter	110
6.5.3	Motivasjon.....	111
6.5.4	Endring og tilpasning	112
6.5.5	Strategi og strategiske beslutninger.....	112
6.5.6	Andre faktorer	113
6.5.7	IA-avtalen	114
6.6	Oppsummering.....	114
7.0	Et mangfold av tiltak for å redusere sykefraværet	116
7.1	Hovedfunn	117
7.2	Teoretiske og praktiske implikasjoner	121
7.3	Forslag til videre forskning	124
	Litteraturliste	125
	Vedlegg 1.....	137
	Vedlegg 2.....	139

1.0 Introduksjon

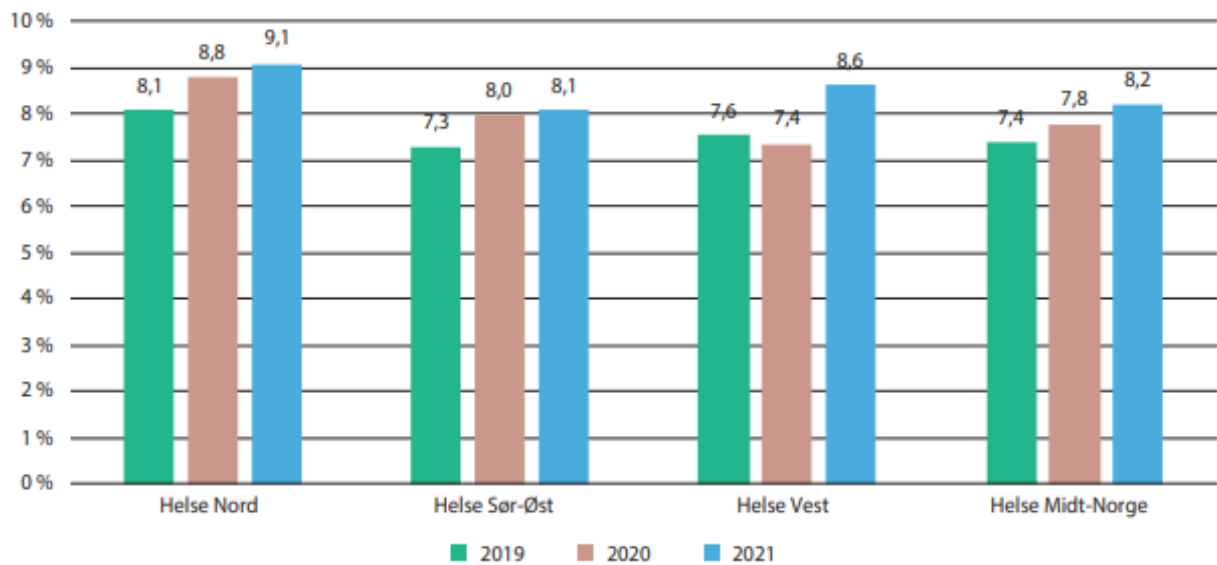
Sykefraværdebatten i norske medier bryter ut med jevne mellomrom, og Hagelund (2014) refererer sykefraværet som «sykefravær til himmels» (Hagelund, 2014, s. 11). På den ene siden hevder mange at sykefravær er et stort samfunnsproblem, og på den andre siden vil andre argumentere med at dette må vi forvente med et høyt sysselsettingsnivå. Sykefravær er uansett noe som opptar mange, det er fordi sykefravær kan medføre store økonomiske kostnader gjennom utbetalinger av sykepenger, og på grunn av tapt produktivitet.

2. mars 2023 publiserte Statistisk sentralbyrå (SSB) statistikk som viser at sykefraværprosenten i 2022 var på 6,8 prosent. Ifølge SSB var dette det høyeste nivået vi har sett siden svineinfluensaen i 2009, og sykefraværet utgjorde 39,2 millioner tapte dagsverk (Gading & Rothe, 2023).

NOU2010:13 påpeker at sykefravær er et resultat av helseproblemer, og hvordan den enkelte forholder seg til helseproblemene sine (NOU:2010:13, s. 12). Dermed er det en vanlig oppfatning at dersom en person er syk, blir en hjemme og hvis en er frisk skal man gå på jobb. I år 2000 kom utredningen «*Sykefravær og uførepensjonering*». Utredningen skulle senere vise seg å danne grunnlaget for det som ble *Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv* (IA-avtalen) (Arbeidstilsynet, 2018, s. 5). Hensikten var å sikre like muligheter for alle til å delta i arbeidslivet, uavhengig av deres bakgrunn eller eventuelle utfordringer. IA-avtalen er et eksempel på den sterke samarbeidstradisjonen som er mellom arbeidstaker, arbeidsgiver og myndighetene. Samarbeidstradisjonen er basert på tillit og felles målsettinger, og har vært en viktig faktor for å fremme et inkluderende og produktivt arbeidsliv (Arbeidstilsynet, 2018). IA-avtalen tilbyr en rekke tiltak og virkemidler som har som formål å redusere sykefraværet i arbeidslivet. Noen av disse tiltakene inkluderer *bransjeprogram, ekspertbistand, og HelseArbeid* (NAV, 2020a).

Figur 1 på neste side viser jeg samlet sykefravær herunder egenmeldt og legemeldt fravær i helseregionene (Helse Nord, Helse Sør-Øst, Helse Vest, og Helse Midt-Norge) i perioden 2019 til 2021. Tall fra de regionale helseforetakene behandlet av Spekter, viser at sykefraværet i 2021 hos leger lå på 4,8 prosent, administrasjon og ledelse hadde et fravær

på 6,8 prosent, sykepleiere og spesialsykepleiere 9,9 prosent og helsefagarbeidere og hjelpepleiere 12,6 prosent (NOU2023:4, s. 174).



Figur 1: Legemeldt og egenmeldt sykefravær i spesialisthelsetjenesten, fordelt på helseregion. 2019–2021 (NOU2023:4, s 174).

1.1 Problemstilling og avgrensning

Oppgaven bygger på en undersøkelse av hvordan Helse Bergen, som er en stor arbeidsplass og det største helseforetaket i Helse Vest, arbeider med å redusere sykefraværet blant sine ansatte, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet. Problemstillingen er som følger:

Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?

Ved å undersøke hvordan Helse Bergen arbeider med å redusere sykefraværet, og hvilken rolle IA-avtalen spiller i dette arbeidet, kan en få innsikt i hvilke tiltak og virkemidler som fungerer og hva som derimot ikke er like gunstig i en så stor organisasjon som Helse Bergen.

Studien tar utgangspunkt i tidsrommet 2019 til 2022. Denne tidsbegrensingen er valgt fordi det var i denne perioden den femte IA-avtalen skulle virke i. I studien refererer jeg til 2019-2022, men det er verdt å merke seg at IA-avtalen ble forlenget. Arbeidet med å redusere sykefraværet ble påvirket og forsinket av koronapandemien, og 2. november 2022 ble

partene og regjeringen enige om å forlenge avtalen med to år 2019 – 2024 (Regjeringen, 2022a). Studien avgrenses også til IA-avtalens første delmål som omhandler at sykefraværsprosenten skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018 (Regjeringen, 2022b).

For å operasjonalisere problemstillingen har jeg utviklet tre forventninger som studien er konstruert rundt. Forventningene bygger på følgende dimensjoner: motivasjon, endringer og tilpasninger, og strategi og strategiske beslutninger. Forventningene tar utgangspunktet i at det er en sammenheng mellom ledelse og sykefravær.

1.1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling

Problemstillingen er relevant fordi sykefravær kan få alvorlige konsekvenser for både individet og samfunnet som helhet. Det å redusere sykefraværet i Helse Bergen kan få positive effekter som sunnere arbeidsplass og en mer bærekraftig organisasjon. NOU2021:2 påpeker at arbeid kan ha en positiv innvirkning på opprettholdelsen av god helse. Et sunt arbeidsmiljø kan fremme verdier som sosial inkludering, anerkjennelse, verdighet og selvrespekt. Et slikt arbeidsmiljø hos Helse Bergen kan også bidra til å redusere sykefraværet, styrke omdømme og gjøre det mer attraktivt som arbeidsplass.

En studie av reduksjon av sykefravær og IA-avtalen har flere vitenskapelige begrunnelser. For det første kan økt kunnskap om tiltak og virkemidler føre til mer effektive strategier for å redusere sykefravær og øke produktiviteten på arbeidsplassen. For det andre kan studien bidra til å forstå hvordan sykefravær påvirker arbeidslivet og organisasjoner som Helse Bergen, samt utforske tiltak for å redusere sykefraværet og fremme et sunt og produktivt arbeidsmiljø. Til slutt kan redusert sykefravær føre til kostnadsbesparelser, som igjen kan brukes til andre formål som investering i utstyr og kompetanseutvikling i helseforetaket. Forskning på IA-avtalen og sykefravær kan belyse de komplekse samfunnsmessige forholdene knyttet til arbeidsmiljø, sosiale forhold, arbeidshelse og økonomi. Dette kan legge grunnlaget for effektive politiske tiltak som støtter et inkluderende arbeidsliv og en bærekraftig samfunnsutvikling. Videre kan fokuset på å redusere sykefravær bidra til å lette belastningen på helsevesenet. Høyt sykefravær i organisasjoner som Helse Bergen kan føre til økt arbeidsbelastning for de ansatte, og dermed økt stress og redusert arbeidsmotivasjon.

Derfor er det avgjørende at Helse Bergen tar i bruk tiltak og virkemidler som kan forebygge sykdom og skader, slik at belastningen ikke blir overført til andre ansatte. Studien er derfor samfunnsmessig relevant ved at den undersøker hvordan Helse Bergen arbeider med å redusere sykefraværet, og hvilke forebyggende tiltak organisasjonen iverksetter for å redusere kostnadene knyttet til sykefravær og fravær fra arbeidslivet.

1.2 Teoretisk og metodisk utgangspunkt

Studien tar utgangspunkt i teori knyttet til motivasjon, endringsledelse og IA-avtalen som organisasjonsoppskrift. Deretter vil jeg gå i dybden på enhetlig ledelse som er ledelsestankegangen som sykehusene i Norge følger. Studien benytter en kvalitativ tilnærming med offentlige dokumenter som primærkilde herunder rapporter, årsmelding og forslag til vedtak. I tillegg tar studien utgangspunkt i nøkkelpersoner fra Helse Bergen gjennom semi-strukturert intervju. Oppgaven benytter metodetriangulering fordi en enkel innsamlingsmetode ikke vil holde for å svare på studiens problemstilling. Dokumentene blir brukt for å skape en generell forståelse rundt sykefraværsproblematikken på sykehus, og hvilke strategier og føringer som Helse Bergen jobber med. Hovedmålet med intervjuene er å oppnå en dypere forståelse av informantenes erfaringer med hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefravær.

1.3 Disposisjon

Studien er delt inn i syv kapitler med tilhørende underkapitler. Dette kapitlet er studiens introduksjonskapittel der masteroppgavens problemstilling blir redegjort og aktualisert. Kapittel 2 omhandler forhold som påvirker sykefravær og IA-avtalen, inkludert ulike typer sykemeldinger, årsaker til sykefravær, og hva IA-avtalen innebærer. Kapitlet gir en grundig gjennomgang av temaene for å gi leseren en bedre forståelse av utfordringene knyttet til sykefravær og hvordan IA-avtalens virkemidler forsøker å redusere sykefraværet.

Å redusere sykefravær kan være en utfordring for mange organisasjoner, derfor kan ledere bruke verktøy som motivasjon, endringsledelse og IA-avtalen som organisasjonsoppskrift. Ved å motivere ansatte og øke deres arbeidsglede kan en skape et tryggere og mer produktivt arbeidsmiljø. Endringsledelse kan bidra til å lede fra en nåværende situasjon til

ønsket situasjon (Hennestad, Revang & Strønen, 2006, s. 140) og IA-avtalen fokuserer på tilrettelegging og forebyggende arbeidsmiljøarbeid. Kapittel 3 inkluderer derfor disse tilnærmingene som kan bidra til å skape en kultur som fremmer helse og trivsel og redusere risikoen for sykefravær. Deretter fokuserer kapittelet på ledelse i sykehus og skiller mellom enhetlig ledelse som betyr at det er én leder som har ansvar for både det faglige og det administrativest ansvaret, og todelt ledelse som har to separate ledere dog én for det faglige og én for det administrative. Jeg presenterer også forventningene som fungerer som en operasjonalisering av det teoretiske bidraget.

Studien benyttet kvalitativ metode med dokumentanalyse og intervju for å undersøke reduksjon av sykefravær og IA-avtalen i Helse Bergen. Disse metodene har gitt meg en dypere forståelse av temaet fra ulike perspektiver, og har samtidig gitt et mer omfattende bilde av hva som faktisk gjøres i organisasjonen. Derfor presenterer jeg en systematisk gjennomgang av metodevalgene jeg tok for å kunne trekke pålitelige og meningsfulle konklusjoner fra dataene i kapittel 4.

Kapittel 5 presenterer empirien i studien og er delt inn i to deler. Den første delen gir en systematisk gjennomgang av forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet, sykefraværarbeid i sykehus, årsmelding 2021 og Metodikk og modell for nærværarbeid. Jeg har delt kapittelet inn i relevante underkapitler for å gjøre det lettere å følge med på presentasjonen av materialet. Den andre delen tar for seg intervju med nøkkelpersoner i Helse Bergen. Informantenes perspektiver er inkludert i studien ved at jeg siterer fra intervjuene og gjengir deres svar med enge ord.

Funnene fra dokumentanalysen og intervju med nøkkelpersoner vises frem i kapittel 6. Analysen er strukturert etter studiens forventninger, som ble formulert i teorikapittelet. Jeg har utforsket ulike tolkninger av motivasjon, endring og tilpasning, samt strategi og strategiske beslutninger på tvers av ulike kilder. Jeg trekker også frem eksempler og sitater fra informantene for å illustrere funnene mine. Kapittel 7 svarer på studiens problemstilling: *Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?* Til slutt kommenterer jeg teoretiske- og praktiske implikasjoner samt forslag til videre forskning.

2.0 Sykefravær og inkluderende arbeidsliv

2.1 Sykefravær i Norge

Norge skiller seg vesentlig fra andre land ved at arbeidstaker mottar full kompensasjon for tapt arbeidstjeneste fra første dag ved sykefravær (Askildsen, 2016, s 98). Staten og arbeidsgiver har finansielt ansvar for å betale kompensasjon til arbeidstaker under sykefravær. Sykemelder sin beslutning om fravær fra jobb, baserer seg i stor grad på informasjon fra pasient om ulike krav som stilles fra arbeidsgiver og fra jobben. Samfunnet er derfor avhengig av et høyt tillitsnivå (Knardahl, Sterud, Nielsen og Nordby, 2016, s. 181).

Sykefravær defineres som fravær fra jobben på grunn av nedsatt funksjonsevne som skyldes helseproblemer (Knardahl et al., 2016, s. 180). Den juridiske definisjonen av sykefravær med lønnskompensasjon er angitt i lov om folketrygd, nærmere bestemt § 8-1¹: *Formålet med sykepengene er å gi kompensasjon ved bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade* (Knardahl et al., 2016, s. 180). Sykefravær er en konsekvens av at individets evne ikke er tilstrekkelig til at han eller hun kan utføre arbeidet på en optimal måte (Bruusgaard & Claussen, 2010). Videre påpeker folketrygden § 8-4² at sykefravær er «*arbeidsufør på grunn av funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade*». Jacobsen og Fjeldbraaten (2018) definerer sykefravær som fravær fra arbeid forårsaket av sykdom eller skade, attestert av helsepersonell, selvmeldt eller ikke sertifisert. Det er likevel viktig å være klar over at sykefravær kan kvantifiseres på ulike måte.

I Norge er muskel- og skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser de to største årsakene til sykmelding (Lien, 2016). I 2021 utgjorde muskel- og skjelettlidelser 35 prosent av det totale fraværet, mens psykiske lidelser på den andre siden utgjorde 22 prosent av det totale fraværet og økte med 3,2 prosent sammenlignet med samme kvartal i 2020 (Moberg, 2022). I 2010 ble det presentert en rapport fra en ekspertgruppe for Arbeidsdepartementet. Rapporten inneholdt forslag til tiltak for å redusere sykefraværet. Ekspertgruppen påpekte også at høyt sykefravær er uheldig av flere grunner. For det første binder det opp midler som kunne blitt benyttet til andre gode formål, og for det andre bidrar et høyt sykefravær til å øke sosiale forskjeller (Mykletun, Eriksen, Røed, Schmidt, Fosse, Damberg, Guldvog &

¹ Folketrygdloven, 1997 § 8-1

² Folketrygdloven, 1997 § 8-4

Christensen, 2010). Ekspertgruppen påpekte også på at langtidssykefravær øker risikoen for varig utstøting fra arbeidslivet, med konsekvenser som redusert inntekt selv om man returnerer til arbeid på et senere tidspunkt (Mykletun et al., 2010, s. 8).

2.2 Ulike typer sykemeldinger

Det er nødvendig å skille mellom ulike typer fravær, da kategoriene av sykemeldinger påvirker hvordan de bør håndteres. Sykemeldingene har ulike utgangspunkt og regler som må følges. En slik inndeling baserer seg på varighet, hvor korttidsfravær varer over en kortere periode, mens langtidsfravær strekker seg over en lengre periode og utgjør samtidig den største andelen av det totale fraværet.

2.2.1 Legemeldt fravær

Legemeldt fravær gjelder alt fravær som er gitt ved sykemelding fra lege (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021a, s. 40). Legemeldt fravær kan omfatte både korttidsfravær og langtidsfravær (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018). Imidlertid ser det ut til at mange ansatte benytter legemeldt fravær over en lengre tidsperiode. I første kvartal av 2022 utgjorde legemeldt sykefravær 6,2 prosent. Dette er en økning på 12,7 prosent sammenlignet med første kvartal i 2021 (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021a, s. 6). Legemeldt fravær gjelder alt sykefravær gitt ved sykemelding fra sykmelder. (NOU2021:2 s. 184).

Koronapandemien medførte til et høyere sykefravær i perioden 2020 til 2023. Ifølge Nossen (2022) har det vært en lenger periode med nedgang i sykefraværet. Fra år 2001 til 2014 var det en reduksjon på 18 prosent i legemeldt sykefravær, men i de påfølgende pandemiårene 2020 og 2021 ble det en oppgang i legemeldt sykefravær med 9 prosent (Nossen, 2022, s. 1). Det var størst nedgang for menn og for arbeidstakere som var over 60 år og under 30 år i perioden 2001 til 2014. Reduksjon av legemeldt sykefravær var tydeligst observert innen muskel- og skjelettlidelser og luftveislidelser. Ifølge Nossen (2022, s. 1) førte pandemien til økning i luftveislidelser, så vel som i «allment og uspesifisert» sykefravær og psykiske lidelser.

2.2.2 Egenmeldt fravær

Ifølge Jacobsen og Fjeldbraaten (2018) utgjør egenmeldt sykefravær den vanligste formen for korttidsfravær og er den som forekommer hyppigst. Data som er hentet fra Statistisk sentralbyrå utgjorde egenmeldt fravær 15 prosent av det totale fraværet, uten inkludering av syke barn i 2021 (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021a). Egenmeldt fravær karakteriseres som fravær på grunn av egen sykdom og registreres ikke med sykemelding. Antall dager med avtalt egenmeldingsrett kan variere fra virksomhet til virksomhet. Noen virksomheter har rett til å gi opptil åtte kalenderdagers egenmelding om gangen, og deretter opptil 24 kalenderdager i løpet av en 12-måneders periode (Helsedirektoratet, 2020). Andre virksomheter følger minimumskravet fra folketrygdloven, som tilsier tre sammenhengende kalenderdager i løpet av en periode på 16 kalenderdager.

Egenmeldt sykefravær kan defineres fra ulike perspektiver. Ifølge Mastekaasa (2015) er fravær fra deler av referanseuken som vedkommende selv hevder skyldes sykdom, uten at det blir registrert noen sykemelding som dekker deler av eller hele uken. Jacobsen og Fjeldbraaten (2018) hevder imidlertid at egenmeldt sykefravær blir benyttet for å dekke mindre legitime årsaker til fravær, som for eksempel å ta en ekstra fridag eller bli liggende i sengen etter å ha vært ute på byen (Jacobsen & Fjeldbraaten, 2018, s. 1148).

2.2.3 Gradert sykefravær

Gradert sykemelding ble implementert som et tiltak for å bidra til å senke fraværsnivået (Grødem, Orupabo og Pedersen, 2015, s. 14). Gradert sykemelding innebærer at sykemeldt arbeidstaker kommer raskere tilbake til arbeidslivet, som gjør at en begrenser antall personer som forlater arbeidsstyrken. Fra og med 2004 skulle gradert sykemelding være legenes førstevalg, og legene skal alltid vurdere om gradert sykemelding er det beste alternativet når en pasient ber om sykemelding (Grødem et al., 2015). Gradert sykemelding er i hovedsak tilpasset den ansatte og ikke virksomheten (Skarning, 2019, s. 34).

Arbeidstakere som ønsker gradert sykemelding eller ønsker å være delvis i arbeid, må ha en samtale med arbeidsgiver. I noen tilfeller kan det også være nødvendig å involvere lege eller NAV fordi det ofte krever tilpasninger på arbeidsplassen. Derfor skal gradert sykemelding bare brukes der det er medisinsk forsvarlig. Gradert sykemelding kan variere fra 20 prosent

til 99 prosent (Mæland, 2014). Dette betyr at man kan være fraværende fra arbeidet deler av tiden, samtidig som man jobber en viss prosentandel.

2.2.4 Full sykemelding

Hvis det ikke er mulighet for gradert sykemelding, blir full sykemelding et alternativ. Full sykemelding betraktes som en mulighet når det ikke finnes tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen. I slike tilfeller må arbeidsgiver begrunne manglende tilrettelegging ovenfor NAV (Helsedirektoratet, 2016a).

2.3 Årsaker til sykefravær

Det er flere årsaker til sykefravær, og Ose (2016) skiller mellom årsaker på samfunns-, virksomhets- og individnivå. Oses modell for årsaker til sykefravær er vist i tabell 1.

Nivå	Årsak til sykefravær
Samfunn/system	Sykelønnsordning Forventninger gjennom utdanningssystemet, media, venner, naboer og familie Helsevesenet Lover og regler
Virksomhet	Ledelse Arbeidsmiljø Organisering Kvalitet på HMS-arbeidet Arbeidsforhold (arbeidstid, krav, kontroll og tilbakemelding) Lønnsbetingelser
Individ	Helsesituasjon (genetikk, livsstil og eksponering) Helseproblemenes konsekvenser for arbeidsevnen Familiesituasjon/forhold i privatlivet Motivasjon, moral, personlighet, kompetanse, mestringskompetanse

Tabell 1: En enkel modell av årsaker til sykefravær (Ose, 2016, s 77).

2.3.1 Samfunnsnivå

For å redusere sykefraværet har det blitt iverksatt ulike tiltak på samfunnsnivå. Disse tiltakene kan påvirke enkeltpersoners håndtering av eget fravær og endre atferdsmønster (Einarsen, Øverland og Schulze, 2021). Norge har en ordning med full lønnskompensasjon fra første sykedag. Med denne ordningen vil høyt sykefravær gi økonomiske konsekvenser for samfunnet. Derfor kan mindre lukrative sykelønnsordninger bli sett på som et alternativ for å redusere sykefraværet (Einarsen et al., 2021). Selv om det ble gjort endringer i regelverket for legers sykemeldingspraksis i 2004, har det ikke vært noen drastiske endringer i sykelønnsordningen. Endringene førte til krav om dokumentasjon for sykefravær over åtte uker og legers vurdering av arbeidsevne for arbeidstakere som søker sykemelding.

Til forskjell fra Norge benytter Sverige og Danmark karensdager for å redusere sykefraværet, noe som betyr at arbeidstakere ikke får full lønnskompensasjon ved fravær. Johansson og Palme (2002) har utført en studie som ser på effekten av sykelønnsordningen som ble innført i Sverige i 1991. Resultatene fra studien indikerer at sykefraværet ble redusert når kostnaden av fraværet for den sykemeldte ansatte økte. Som et resultat av ordningen ble sykelønnen redusert fra 90 prosent til 65 prosent for de første tre dagene og fra 90 prosent til 80 prosent av full lønn for de påfølgende 87 dagene (Johansson & Palme, 2005, s. 1880). I Norge er avtalen om et "mer inkluderende arbeidsliv" fra 2001 det viktigste tiltaket mot sykefravær på samfunnsnivå.

Andre årsaker til sykefravær kan en finne i forholdet mellom tilbud og etterspørsel i arbeidskraft. I oppgangstider kan det oppstå situasjoner der det blir vanskeligere å få tak i arbeidskraft, noe som kan resultere i økt inkludering av personer som ellers har høyere risiko for sykefravær (Einarsen, 2021). Nossen (2014) viser at det ble påbegynt færre nye sykefravær i perioden fra 2000 til 2012 når arbeidsledigheten var høy. Dette henger sammen med disiplineringshypotesen som tar utgangspunkt i at økonomiske nedgangstider øker kostnaden ved å være sykemeldt, og på bakgrunn av dette disiplinerer arbeidstakere til å være mindre fraværende fra arbeidsplassen uten at helsetilstanden i seg selv er påvirket (Nossen, 2009, s. 119). Signaler om "høyt" sykefravær i en virksomhet kan øke sannsynligheten for at det går dårlig, og på bakgrunn av dette må de nedbemanne.

2.3.2 Virksomhetsnivå

SINTEF Helse (2006) har utarbeidet en rapport der de peker på at sykefravær kan være et mål på helsetilstanden til ansatte. Dessuten kan det brukes som en indikator for produktivitet både i offentlig og privat sektor og kan reflektere hvor effektive arbeidstakere og arbeidsgivere er til å tilpasse seg arbeidsmarkedet med faktorer som arbeidsmiljø og arbeidstid (Ose, Jensberg, Reinertsen, Sandsund og Dyrstad, 2006, s. 3). Ifølge Einarsen et al. (2021) kan arbeidsmiljø være en direkte årsak til fravær. Det kan for eksempel ha utspilt seg en alvorlig personalkonflikt eller en ulykke. Videre kan det være indirekte årsaker som har ført til sykdom.

På arbeidsplasser med et godt arbeidsmiljø vil det være større sannsynlighet for at den sykemeldte ønsker å komme tilbake til arbeidsplassen så raskt som mulig (Einarsen, Øverland og Schulze, 2021). Der arbeidsmiljøet er dårlig, kan det være faktorer som gjør at arbeidstaker kvier seg for å komme tilbake og derfor utsetter det lengst mulig. Mulige tiltak for å redusere sykefraværet på virksomhetsnivå er ifølge Einarsen et al. (2021) å sette fokus på generelle forbedringer i arbeidsmiljøet og faktorer som øker nærhet og motivasjon. Tiltak for reduksjon av sykefraværet på virksomhetsnivå ifølge Ose (2016) er tettere oppfølging av sykemelder, tilrettelegging av arbeidet, forbedring av det fysiske arbeidsmiljøet, holdningsendringer, systematisk arbeid med HMS og lederutvikling.

2.3.3 Individnivå

Kjønn, helse, livsstil og personlighet er faktorer som er knyttet til individet. Einarsen et al. (2021) viser at sykefravær generelt sett er høyere for kvinner enn for menn, og at det øker i takt med alderen. Tidligere har «dobbeltarbeid» og problemer knyttet til svangerskap blitt brukt som faktorer som forklarer hvorfor kvinner har høyere fravær enn menn. I midlertidig viser Einarsen et al. (2021) at kvinner oppsøker legen oftere enn menn. For å få sykemelding som strekker seg lenger enn det som er tiltatt med egenmelding, er det nødvendig å oppsøke lege. Legenes sykemeldingspraksis har derfor blitt sett som en mulig forklaring på hvorfor kvinner har høyere sykefravær enn menn.

Kostøl og Telle (2011) drøfter i sin artikkel «*Sykefraværet i Norge de siste tiårene - Det handler om kvinnene*» at det er avgjørende å forstå hvorfor kvinner sykemelder seg for å

oppnå reduksjon i sykefraværet. Mastekaasa (2016) tar opp spørsmålet om sykefraværet blir godt nok begrunnet. Det diskuteres derfor om den norske arbeidsmoralen har blitt svekket, og om dette kan forklare nivået av sykefravær. Holbæk-Hanssen (2020) argumenterer i sin artikkel «*Forholdet mellom holdninger og faktisk sykefravær*» for at personer med et mindre strengt syn på sykefravær har tendens til å ha høyere egenmeldinger. Resultatene fra Holbæk-Hanssen (2020) sin artikkel peker på en sammenheng mellom holdninger og atferd.

2.4 Forebygging av sykefravær

I 2022 ble det anslått at utgiftene til sykepenger for arbeidstakere ville ligge på 42,2 milliarder kroner. Dette representerer en økning på 1,6 milliarder kroner sammenlignet med 2021 (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021b). Det er ingen tvil om at sykefravær koster mye penger både på virksomhets- og samfunnsnivå. I flere år har forebygging og reduksjon av sykefravær vært et gjennomgående tema for regjeringen.

I 2018 publiserte Anna Godøy og Harald Dale-Olsen artikkelen «*Spillovers from gatekeeping - Peer effects in absenteeism*». Artikkelens hovedfokus var å analysere ringvirkninger rundt arbeidsfravær. Godøy og Dale-Olsen (2018) argumenterer for at sykefravær er vanskelig å kontrollere for arbeidsgivere direkte. Dette skyldes at arbeidstakerens helse er av privat karakter og kun blir observert av individet selv og deres fastlege. Hovedfunnene i artikkelen peker på viktigheten av fastlegen som portvakt for langtidsfravær.

Forebyggende arbeid blir sett på som viktig for å redusere sykefraværet. Forebygging kan hjelpe den ansatte med å unngå slitasje eller skade på grunn av arbeidsbelastning. Arbeidsgivere kan benytte forskjellige metoder for å tilrettelegge for arbeidstakerne. I FAFO rapporten «*Fra fravær til nærvær: Handlingsrommet for vellykket sykefraværsarbeid i sykehjem*» (2015) av Bogen og Lien, framgår det at forebygging kan skje allerede i rekrutteringsfasen. Andre alternativer som ble presentert i rapporten, var å jobbe systematisk og helhetlig med HMS, inkludert å ansette mestringskontakter og forflytningsarbeidere.

Forebyggende tiltak kan iverksettes på ulike nivåer. Organisatoriske tiltak kan innebære endringer i arbeidsfordelingen, tempoet på arbeidet, tilby midlertidige eller nye

arbeidsoppgaver, samt tilby forskjellige former for opplæring eller omskolering. Idébanken fremhever også betydningen av å gi støtte og oppfølging til de ansatte, fremme en følelse av mestring, samt styrke holdninger og verdien av inkludering som viktige elementer (Idébanken, u.å.³).

2.5 Oppfølging av sykefravær

Når en arbeidstaker blir sykemeldt, har arbeidsgiveren hovedansvar for å legge til rette for arbeid og følge opp den sykemeldte. På lik linje med arbeidsgiveren har arbeidstakeren, fastlegen/legen og NAV ulike forpliktelser og ansvar i oppfølgingsarbeidet. Arbeidsgiveren har oppgaver knyttet til å jobbe systematisk for å forebygge skader og sykdom, samt å legge til rette for arbeid for den som har blitt sykemeldt. Arbeidsgiveren har også ansvar for å følge opp arbeidstaker både underveis og etter sykdomsperioden (NAV, 2021a).

Arbeidsgiveren skal utarbeide en oppfølgingsplan i samråd med arbeidstakeren, og som hovedregel skal planen være ferdig når arbeidstakeren har vært delvis eller helt sykemeldt i 4 uker. Videre skal arbeidsgiveren avholde dialogmøter med arbeidstakeren om innholdet i oppfølgingsplanen innen 7 uker etter at arbeidstakeren har blitt sykemeldt (NAV, 2021a).

Formålet er å sikre dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og at arbeidstakeren skal komme raskere tilbake. Planens omfang vil variere avhengig av arbeidstakerens nedsatte arbeidsevne og hvor lenge varigheten vil være. Oppfølgingsplanen skal inneholde:

- Vurdering av arbeidstakerens oppgaver og arbeidsevne
- Aktuell bistand
- Plan for videre oppfølging
- Aktuelle tiltak i arbeidsgiverens regi (Arbeidstilsynet, u, å⁴).

Dialogmøte 1 skal være gjennomført innen 7 uker, og det er arbeidsgiveren som skal kalle inn arbeidstakeren til møtet. Hovedmålet er å finne løsninger som passer slik at den

³Sykefravær krever tett oppfølging, lest 17.08.22

https://www.idebanken.org/innsikt/artikler/sykefravar?gclid=CjwKCAjwi8iXBhBeEiwAKbUofeial6iiSQ-R2gx2jjZ83JjG4ZPvwbFfINDHh9-dG5esV1IHIN0moBoCkvYQAvD_BwE

⁴ Oppfølging av sykemeldte, lest 17.08.22

<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/tilrettelegging/oppfolging-av-sykmeldte/>

sykemeldte kan vende tilbake til arbeidsplassen (Helsedirektoratet, 2016a). Dialogmøte 2 skal utføres når arbeidsuførheten har vart i seks måneder. Det er nå NAV som skal avholde dialogmøte med arbeidsgiver og den sykemeldte arbeidstakeren. Dialogmøte 3 skal bli avholdt i NAVs regi på et senere tidspunkt i sykemeldingsperioden hvis det blir ansett som hensiktsmessig.

Som sykemeldt er man pliktig til å samarbeide og medvirke til å finne løsninger som gjør at man kommer raskest mulig tilbake i arbeid. Den sykemeldte arbeidstakeren er også pliktig til å følge og gjennomføre oppfølgingsplanen som er blitt avtalt (NAV, 2021a). Det er NAV som skal vurdere om aktivitetsplanen etter 8 ukers sykemelding er oppfylt, og de må samtidig vurdere om det er behov for andre virkemidler fra NAV.

2.6 Inkluderende arbeidsliv

Myndighetene og partene i arbeidslivet startet diskusjonen om sykefravær i 1994. Prognoser viste at antall nye uførepensjonister ville øke drastisk utover på 1990-tallet. Det ble derfor utarbeidet modeller som viste at sykefraværet og tilgangen til uførepensjon ville fortsette å stige dersom det ikke ble gjort endringer (Ose, 2010, s. 4). I lys av dette satte Bondevik I-regjeringen den 9. april 1999 sammen et bredt og sammensatt offentlig utvalg som skulle «utrede årsakene til økningen i sykefraværet og tilgangen til uførepensjon, kartlegge ordningens sosialpolitiske rolle og samfunnsøkonomiske betydning, og foreslå tiltak for å redusere sykefraværet og begrense uføretilgangen» (Ose, 2010, s. 5).

Det var Matz Sandman som fikk ansvaret for å lede utvalget, og utredningen resulterte i *NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*. Utredningen skulle senere vise seg å legge grunnlaget for det som senere ble IA-avtalen (Ose, 2010, s. 5). Den første avtalen om et inkluderende arbeidsliv ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet høsten 2001 og varte fra 2002 til 2005. Avtalen har blitt fornyet flere ganger og finner sted i dagens arbeidsliv.

Den andre IA-avtalen var fra 2006 til 2009, den tredje avtalen fra 2010 til 2013, mens den fjerde avtalen ble underskrevet av regjeringen og partene i arbeidslivet fra 2014 til 2018.

Dagens avtale ble godkjent og undertegnet i perioden 2019 til 2022. Hovedmålet er å redusere sykefraværet og inkludere flere i arbeidslivet (Skarning, 2019, s. 25).

Helt siden 2001, har i avtalene hatt tre sidestilte delmål:

- Delmål 1: Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001.
- Delmål 2: Å hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne (målet er nå fjernet).
- Delmål 3: Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med tolv måneder.

IA-avtalen bygger på en forutsetning om at regjeringen ikke skulle endre sykelønnsordningen, og i 1990 forpliktet regjeringen seg til å ikke foreslå endringer i sykelønnsordningen, verken overfor arbeidsgivere eller arbeidstakere (Hagelund, 2014, s. 69). Hovedkostnaden med sykefravær dekkes derfor av staten gjennom folketrygden. Folketrygden finansieres av blant annet arbeidsgiveravgiften, samt ulike skatter og avgifter som bedrifter og arbeidstakere må betale inn (Skarning, 2019, s. 220).

Målet for IA-avtalen med avtaleperiode 2019–2022 er å redusere sykefraværet med 10 prosent fra årsgjennomsnittet i 2018, fra 5,8 prosent til 5,2 prosent (NOU2021:2, s. 183). Det er samtidig viktig å være klar over at sykefraværet blir justert for sesonginfluensa og korona. Den underliggende utviklingen i sykefraværet ble presentert som uendret i 2020, men fra 2018 til 2020 økte det justerte fraværet med 1,9 prosent i gjennomsnitt til 5,9 prosent (Arbeids- og sosialdepartementet, 2021a, s. 6). Denne økningen skyldes legemeldt sykefravær

2.7 Virkemidler i IA-avtalen

Partene i arbeidslivet og regjeringen ble enig om følgende prioriteringer av ressurser for IA-avtalen 2019 – 2022 som vises i tabell 2.

Virkemidler	Ressursramme 2019 - 2022
Ny arbeidsmiljøsertifikasjon	70 mill. kroner i 2019, deretter 50 mil. kroner årlig.
Koordinert arbeidslivstjeneste	Arbeidslivssentre
HelseArbeid	Arbeidslivssentre
Nytt tilskudd til ekspertbistand	50 mill. kroner årlig.
Kompetansetiltak – forsøk	70 mill. kroner årlig.
Bransjeprogrammer, inkludert utvikling, forsøk og følgeevalueringer	60 mill. kroner i 2019, deretter 80 mil. Kroner årlig.
Kunnskapsutvikling, kunnskapsgrunnlag	21 mill. kroner årlig.
Utvikling kursmodul og utprøving (SKIL)	Totalt 2.mill kroner i 2019 - 2021
Opplæring i arbeidsmiljøarbeid	Årlig, dekkes av partene

Tabell 2: Prioriteringer av ressurser (Skarning, 2019, s 233).

I tidligere avtaler har utvidet egenmelding vært nedfelt. Nå har muligheten til egenmelding 8 dager per sykdomstilfelle og totalt 24 dager per år blitt frivillig. Derfor må bedriftene selv avgjøre om dette er noe de vil ta med videre. Selv om virkemidlet ikke er nedtegnet i dagens avtale, velger jeg likevel å ta det med som et eget punkt da det har lenge stått sentralt.

2.7.1 Utvidet egenmelding

Etter at den nye avtalen trådte i kraft, må virksomhetene selv fastsette rutiner knyttet til egenmeldingsrett (NAV, 2021). Formålet er å flytte dialogen om funksjonsevne fra legekantoret til arbeidsplassen med hensikt om å redusere korttidsfraværet (Ose et al.,

2013). Selv om ordningen er fjernet, oppfordres likevel alle virksomheter til å vurdere utvidet egenmelding (Altinn, 2022).

Skarning (2019) formidler at IA-avtalen for perioden 2019–2022 bygger på at sykefraværet har sunket siden 2001, og selv om målene fra den opprinnelige avtalen ikke er nådd, beskrives retten til utvidet egenmelding som følger: «*Ordningen med utvidet rett til egenmelding har vært et godt og hensiktsmessig virkemiddel for å fremme dialog på arbeidsplassen og avlaste helsevesenet med hensyn til oppfølging av korttidsfravær*» (Skarning, 2019, s. 234).

2.7.2 En koordinert arbeidslivtjeneste

Tidligere var det nødvendig å tegne en IA-avtale for å få tilgang til virkemidlene i avtalen. Dette er ikke lenger tilfelle da IA-avtalen nå omfatter hele det norske arbeidslivet (NAV, 2022). Hvis virksomheter ønsker støtte og hjelp i IA-arbeidet, kan de inngå samarbeid med NAVs arbeidslivssentre. Før NAVs arbeidslivssentre kan gi støtte, må det dokumenteres dialog mellom partene på arbeidsplassen. Arbeidslivssentrene ble opprettet i 2002 som en del av den første IA-avtalen og finnes i hvert fylke. Arbeidslivssentrene har som formål å bistå på systemnivå og i enkeltsaker, og de kan ha en koordinerende rolle for å sikre helhetlig bistand til virksomheten fra NAV (Mæland, 2014).

En evaluering av IA-avtalen 2010–2013 viste at NAVs arbeidslivssentre blir sett på som ett av de viktigste virkemidlene i IA-avtalen. Deres primære oppgave er å sikre at virksomheter får helhetlig bistand fra NAV. Det er NAVs arbeidslivssentre som har det koordinerende ansvaret, og de skal bistå med langsiktige, systematiske og forebyggende HMS- og IA-arbeid (Ose et al., 2013, s. 262). NAV-kontorene har også ansvar for oppfølging av sykemeldt arbeidstaker i alle virksomheter.

Skarning (2019) fremhever at ressursene i arbeidslivssentrene er et viktig virkemiddel i IA-arbeidet. NAV har utviklet digitale tjenester som skal være en samlet tjeneste. De digitale tjenestene vil ivareta flere funksjoner og være en personlig støttefunksjon i saker som krever mer bistand. De virksomhetene som allerede har en kontaktperson i NAVs arbeidslivssentre,

vil kunne beholde sin kontaktperson, med mindre det finnes andre løsninger som ivaretar situasjonen bedre (Skarning, 2019, s. 229).

2.7.3 HelseArbeid

Formålet med «HelseArbeid» er å øke forebygging og helsefremming ovenfor grupper som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Ved å videreføre kunnskap om vanlige helseplager til arbeidstakere, så kan «HelseArbeid» bidra til at hver enkelt ansatt kan få et bedre arbeidsliv selv ved plager. Samtidig vil effekten av mer kunnskap kunne styrke arbeidsmiljøets inkluderingskompetanse. Det er virksomhetene selv som må ta i bruk «HelseArbeid», og må samtidig ha et ønske selv om å jobbe systematisk over tid med de tiltakene som ligger i modellen. Fastlegen har mulighet til å henvise til rask og tverrfaglig utredning, noe som øker muligheten for å komme raskere tilbake til i arbeid (Helsedirektoratet, 2018). Ifølge Helsedirektoratet øker sannsynligheten for å ikke komme tilbake betydelig, dersom sykemeldt i mer enn to til tre måneders sykefravær. Det er derfor viktig å jobbe mot en helsefremmende og forebyggende arbeidsplass.

2.7.4 Kompetansetiltak

Langtidssykemeldte er en sammensatt gruppe fordi de inkluderer personer som har ulike helseproblemer, og som kan ha ulike varighet og alvorlighetsgrad. Det er derfor helt nødvendig å sette inn tiltak tidlig for å redusere risikoen for at arbeidstakere blir sykemeldt over lengre tid. Det har nå blitt satt i gang et forsøk på utvidet bruk av kompetansetiltak for langtidssykemeldte som på grunn av sykdom eller skade ikke har kommet tilbake til arbeidet. Kompetansetiltak kan bidra til å kvalifisere til annet arbeid, og dermed bidra til at vedkommende kan fortsette å arbeide (Skarning, 2019, s. 230). Hovedmålet med tiltaket er å gi ny kunnskap om hvordan kompetanse kan styrke langtidssykemeldte.

2.7.5 Ny arbeidsmiljøetsatsning

Det ble iverksatt en offensiv innsats for å forbedre arbeidsmiljøet. Den nye arbeidsmiljøetsatsningen har som hensikt å bidra med kunnskap og kompetanse, samtidig som den er et verktøy for bedriftene. Hovedformålet er å bidra til virksomhetens forebyggende

arbeidsmiljøarbeid, slik at man oppnår en reduksjon i sykefraværet og frafallet fra virksomheten (Skarning, 2019).

I 2021 ble det utarbeidet en arbeidsmiljøportal med formål om å gi informasjon om hvordan bedrifter effektivt kan jobbe forebyggende for å forbedre arbeidsmiljøet i ulike bransjer, sektorer og virksomheter. Først ut var barnehage, bygg og anlegg, næringsmiddelindustri, rutebuss og persontrafikk, sykehjem, sykehus og petroleumsvirksomhet (STAMI, 2020), etterfulgt av avfalls- og gjenvinningsbransjen, jordbruk, skogbruk og gartnerinæringen som ble tatt inn i programmet i 2022. Arbeidsmiljøet vil variere fra virksomhet til virksomhet, og det er derfor hensiktsmessig at tiltakene tilpasses etter behov. Arbeidsmiljøportalen tar høyde for at det er forskjeller mellom ulike bransjer og inneholder derfor forskjellige verktøy og kunnskap som retter seg direkte mot den aktuelle bransjen.

2.7.7 Ekspertbistand

Helt siden 2019 har det vært satt av 50 millioner kroner årlig til ekspertbistand. NAV formidler at ekspertbistand er et hjelpemiddel som både arbeidsgiver og arbeidstaker kan benytte seg av for å få en nøytral ekspert som har kompetanse på arbeidsmiljø og sykefravær (NAV, 2023). Formålet med eksperten er å bidra til en avklaring knyttet til problemet som fører til sykefravær, og samtidig foreslå tiltak som gjør arbeidstakeren i stand til å utføre arbeidet sitt. «*Ekspertbistand*» kan benyttes hvis arbeidstakeren har langvarig eller hyppig gjentakende sykefravær. Tiltaket retter seg mot arbeidstakeren, etter at både arbeidstaker og arbeidsgiver har forsøkt å finne løsninger på problemet uten å lykkes. NAV tilbyr ekspertbistand i ulike kategorier, som relasjoner og kommunikasjon på arbeidsplassen, konflikthåndtering, sykefraværsoppfølging, tilrettelegging og karriereveiledning.

2.8 Sykehusansatte og sykehus som bransje

Sykefraværsutfordringer innen helsetjenestene er særegne, og de gjelder ikke bare for sykehus, men også for hjemmepleien og andre helsetjenester. IA-avtalen har utviklet bransjeprogram som ser eksplisitt på sykehusene. Det er en forskjell på det å se på sykehus som bransje og det å snakke om sykehus som et eksempel fra helsetjenesten. For bransjeprogrammet er hovedmålet å ha et spesifikt søkelys på sykehusene fordi de er noe

annet enn resten av helsevesenet. Bransjebegrepet er altså smalere definert enn sektorbegrepet, og tar i denne sammenheng utgangspunkt i trekk som er spesifikke for sykefraværskusjonen. Begrepet «bransje» er ikke entydig. I denne studien refereres «bransje» til en næring. Sykehus er valgt ut til å være med i bransjeprogrammet fordi det er en næring med stort potensial for forebygging av sykefravær og det er mest hensiktsmessig å fokusere på.

Bransjeprogrammet har gjennomført en arbeidsmiljøkartlegging av sykehusene. Syv av ti sykehusansatte opplever å være motivert og engasjert i jobben sin. Før bransjeprogrammet ble tatt i bruk, viste tidligere kartlegginger at sykehusansatte opplevde høye krav, lav kontroll og var utsatt for emosjonelle krav, vold og trusler (Hanvold, Degerud & Sterud 2022, s. 11). Kartleggingen viser at 28 prosent har hatt fravær som har vart mer enn 14 dager det siste året. Videre oppgir 43 prosent at fraværet skyldes helseplager som delvis eller helt skyldes arbeidet som blir utført på arbeidsplassen (Hanvold et al., 2022).

Arbeidsmiljøportalen presenterer ny og oppdatert statistikk om sykehus og arbeidsmiljø. Det er viktig å være klar over at det er mange årsaker til helseplager og sykefravær, men arbeidsmiljøet kan ha stor betydning. 41 prosent opplever å ha høye emosjonelle krav fra pasienter og pårørende, som sorg, sinne, fortvilelse og oppgitthet. Samtidig opplever ansatte å måtte skjule egne følelser. Dette kan medføre uheldige konsekvenser som økt risiko for psykiske helseplager, som videre over tid kan medføre til sykefravær (Arbeidsmiljøportalen, u.å.⁵). Arbeidsmiljøportalen benytter data fra Levekårsundersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2019, som er innhentet fra SSB.

37 prosent oppgir å ha høye jobbkraav og lav jobbkontroll. Dette argumenteres med stor arbeidsmengde, høyt jobbtempo og minimal mulighet til å styre sin egen jobbhverdag (Arbeidsportalen, u.å.⁶). Hanvold et al. (2022) definerer arbeidsrelaterte helseplager som plager forårsaket eller forverret av arbeidet. Muskel- og skjelettplager samt psykiske plager er de mest selvrappporterte arbeidsrelaterte helseproblemene i Norge (Hanvold et al., 2022,

⁵ Fakta om arbeidsmiljøet på sykehus, hentet 17.07.2022 <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/bransje/sykehus/fakta-om-bransjen>

⁶ Fakta om arbeidsmiljøet på sykehus, hentet 17.07.2022 <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/bransje/sykehus/fakta-om-bransjen>

s. 14). 18 prosent opplever å løfte i ubekvemme stillinger, noe som ofte er knyttet til pasienter som skal løftes og forflyttes. Selv om et enkelt løft i seg selv ikke forårsaker skade, kan den totale belastningen være uheldig. Tunge løft kan øke risikoen for akutte ryggsmærter, som igjen kan føre til langvarig sykefravær.

Over 115 000 personer er sysselsatt på sykehus, og 77 prosent av disse er kvinner. Den største andelen jobber i offentlig virksomhet, og denne ligger på 88 prosent. Fulltidsansatte utgjør den største andelen, mens deltidsansatte utgjør 27 prosent. Av alle ansatte jobber 52 prosent i turnus, mens 33 prosent jobber om natten (Arbeidsmiljøportalen, u.å.⁷)

2.9 Sykehusreformene rundt årtusenskiftet

I løpet av midten av 1990-tallet ble det gjennomført store omorganiseringer i statsforvaltningen med økt fokus på fristilling og mål- og resultatstyring. Også for spesialisthelsetjenestene var denne utviklingen relevant, og i 2002 iverksatte regjeringen foretaksreformen. Lægreid, Opedal og Stigen argumenterer at foretaksreformene består av to hovedelementer, a) statens overtakelse av sykehusene og b) tilknytning mellom sykehus og stat er basert på en foretaksmodell (Lægreid et al., 2005. s 9). I tillegg til foretaksreformen ble det også gjennomført en rekke andre endringer i samme tidsperiode, og innføring av enhetlig ledelse som er spesielt relevant for studien, var en av disse. Enhetlig ledelse er en del av sykehusreformene dog i flertall, sammen med foretaksreformen, ulike ordninger for pasientrettigheter, behandlingsvalg og aktivitetsbasert finansiering. Dersom en snakker om sykereformen i entall menes foretaksreformen. Disse reformene henger sammen med en generell dirigering i hva som oppfattes som fornuftige styringsvirkemidler og rasjonell organisering. Derfor henger alle de enkelte tiltakene og enkeltreformene sammen.

Ledelse er et viktig aspekt knyttet til det ellers ganske brede reformarbeidet i feltet rundt årtusenskiftet, og at ledelsesaspektet knytter an til en rekke andre vurderinger - ansvarsplassering, økonomi og kostnadseffektivitet, måloppnåelse og styringseffektivitet. Sykehusreformene har derfor resultert til mye forskning på blant annet sykehusreformens effekter og ledelse som en del av reformene.

⁷ Fakta om arbeidsmiljøet på sykehus, hentet 17.07.2022 <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/bransje/sykehus/fakta-om-bransjen>

Primært skal reformen ta hensyn til effektiv ressursforvaltning blant helsesektoren (Ot.prp.nr 66 (2000-2001), s 6). Ved å rette søkelys mot likhet i fordelingen og forbruket av helsetjenester mellom ulike sosiale grupper. Reformen bygger videre på et premiss der politikerne skal ha en overordnet rolle, og skal samtidig være tilbaketrasket i arbeidet (Fjør, Homme, Karin & Holmen, 2011). Den formelle bakgrunnen for reformen kan forklares med hensyn til de problemene som det norske helsevesenet sto ovenfor. Det var lange ventelister, ansvarsfraskrivelse og mye penger på spill. Ifølge Grund (2006) ønsket myndighetene mer helse for pengene, pasientene skulle bli mer sett, samt roller og ansvar skulle bli tydeligere. Det skulle bli et regionalt perspektiv på ressursutnyttelsen, øke forbedring av styring, effektivisere beslutningsprosessene, og den helhetlige kapitalen skulle utnyttes på en mer hensiktsmessig måte (Grund, 2006, s. 202).

2.10 Oppsummering

Dette kapitlet har beskrevet årsaker til sykefravær og hvordan sykefravær kan forebygges. Som et resultat av høyt sykefravær har regjeringen og partene i arbeidslivet utarbeidet en avtale om inkluderende arbeidsliv. Hovedmålet er å redusere sykefraværet med 10 prosent sammenlignende med årsgjennomsnittet for 2018. Avtalen har blitt oppdatert flere ganger, og vi er nå i den femte avtalen som strekker seg fra 2019-2022 (2019-2024). IA-avtalen tilbyr ulike virkemidler som skal bidra til å redusere sykefraværet, virkemidlene vil bli diskutert videre i empiri- og analyse kapitlet.

3.0 Ledelse, motivasjon og oppskrifter

Reduksjon av sykefravær krever innsats fra flere hold, og ledelse blir sett på som en viktig faktor. Legeforeningen uttrykker at en «*god dialog mellom ledelse og ansatte er helt avgjørende for god utvikling av sykehusene*» (Johannessen, 2012). Å være til stede som leder har fordeler. Lederen kan etablere en sterk kontakt med ansatte, samtidig gir tilstedeværelsen mulighet til å oppdage samt løse eventuelle utfordringer og konflikter som oppstår på arbeidsplassen.

Jeg undersøker hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet. «Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholds virksomheter» skrevet av Lise Lien og Hanne Bogen (2018) fremhever at ledere som jobber tett på sine ansatte, klarer å skape en arbeidshverdag med færre fysiske og psykososiale belastninger. Ledelsen har en betydelig rolle i å velge ut de tiltakene og virkemidlene som passer best for sin enhet eller avdeling. Dette gjør ledelsen til en viktig aktør i å bestemme hvilke tiltak og virkemidler som skal implementeres. Det er ofte en kombinasjon av flere tiltak som samlet bidrar til reduksjonen, ikke nødvendigvis ett enkelt tiltak alene. Derfor mener jeg at ledelse er relevant i arbeidet med å redusere sykefravær.

Studiens teoretiske rammeverk skal gi en helhetlig forståelse av ledelse gjennom ulike organisasjonsteorier, og fokus på sykehusledelse. Motivasjonsdelen i teorikapittelet beskriver jeg Maslows behovspyramide til å forklare hva som motiverer ansatte, samt hvordan arbeidsplassen kan skape et godt arbeidsmiljø som oppfyller ansattes behov og øker motivasjonen. Teoriene til Frederick Herzberg anses som relevante i dag, da de tar hensyn til både individuelle og organisatoriske faktorer som påvirker ansattes motivasjon og jobbtilfredshet. Jeg har valgt å bygge mine antakelser på et bredt rammeverk, uavhengig av disiplin. Dette har inspirert meg til å samle inn en rekke litteraturkilder som spesifikk handler om motivasjon, endringsledelse, sykehusledelse og ledelse generelt. Jeg har derfor ikke valgt et rammeverk som ofte har blitt brukt i studier av sykefravær, og har samtidig forsøkt å konstruere et rammeverk som er tilpasset min case.

Dette kapittelet starter med generelle beskrivelser om ledelse via motivasjon, endringsledelse og IA-avtalen som organisasjonsoppskrift i avsnitt 3.1. Videre er det viktig å ha kunnskap om hovedtrekkene ved ledelse og lederroller, som bli presentert i avsnitt 3.2. Resten av kapittelet tar for seg spesifikk forskning om ledelse av sykehus, inkludert enhetlig ledelse og todelt ledelse i avsnitt 3.3. Til slutt oppsummeres de sentrale nøkkelementene fra teoridelen i avsnitt 3.4, før studiens forventninger begrunnes og argumenteres for i avsnitt 3.5.

3.1 Tilnærminger til ledelse

Det finnes ulike organisasjonsoppskrifter for ledelse. Disse oppskriftene har bestemte antakelser om hva som utgjør god ledelse, og hvordan ledelse kan bidra til å redusere sykefravær. Røvik (2007) definerer organisasjonsoppskrifter som «å markere at nye organisasjonsformer i dag synes å spre seg som virus med stadig større hastighet» (Busch, Vanebo & Dehlin, 2010, s. 107). Dette indikerer at det eksisterer flere perspektiver og tilnærminger til ledelse. Overføringen av antakelser om god ledelse til praktisk handling finner sted på ulike nivåer i organisasjonen, som sykehusnivå, avdelingsnivå og samspillet mellom disse nivåene, noe som bidrar til å oversette ideene til konkret praksis.

3.1.1 Motivasjon

Problemstillingen for studien er: *Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?* Å forstå og adressere motivasjon er en avgjørende faktor for å kunne redusere sykefraværet. Helse Bergen er en kompleks organisasjon som krever høy kompetanse, og det er derfor avgjørende å forstå motivasjon. Kaufmann og Kaufmann (2015) definerer motivasjon som «de biologiske, psykologiske og sosiale faktorene som aktiverer, gir retning til og opprettholder atferd i ulike grader av intensitet for å oppnå mål» (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 113). Jacobsen og Thorsvik (2021) skiller mellom ytre og indre motivasjon. Ytre motivasjon innebærer å motivere ansatte ved å tilby belønninger eller mål som ligger utenfor selve arbeidsoppgaven, mens indre motivasjon refereres til selve oppgaven og gleden, trivselen, meningen og de positive opplevelsene som arbeidsoppgavene gir (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Amabile (1996)

argumenterer for at indre motivasjon er gunstig for kreativitet, mens ytre motivasjon er ugunstig (Martinsen, 2021, s. 353).

På sykehuset er den viktigste ressursen den individuelle kunnskapen som de ansatte har skaffet seg. Rød, Faiz og Spehar (2018) uttrykker at kunnskapsarbeideres verdiskapning er sterkt knyttet til evne og motivasjon. Motivasjon vil variere fra tid til annen, og det er derfor viktig å finne ut hva som motiverer de ansatte og hvordan motivasjonen kan bevares. Steers og Robers (1978) uttrykker at medarbeiderens tilstedeværelse eller fravær henger tett sammen med motivasjon og lyst til å møte opp på arbeidsplassen (Einarsen et al., 2021). Det er flere faktorer som påvirker motivasjonen til å møte opp på jobb, inkludert jobbtilfredshet som reflekterer hvor godt arbeidet passer med individuelle verdier og forventninger. I tillegg kan også presset om å være til stede på arbeidsplassen ha en betydning for arbeidstakerens motivasjon.

Nerstad og Kuvaas (2019) påpeker at ledere ser på motivasjon som avgjørende for å oppnå høy måloppnåelse og gode prestasjoner på alle nivåer i en organisasjon. Ledelsen og lederne i Helse Bergen har derfor stor innflytelse i arbeidet med å redusere sykefraværet. Når Helse Bergen utarbeider sin personalpolitikk, bør ledelsen se på hva som motiverer de ansatte. Hvis ledelsen mener at de ansatte er opptatt av økonomisk vinning, kan Helse Bergen forsøke å motivere dem gjennom økonomiske insentiver. Økning i lønn og frynsegoder kan begge være motiverende elementer. Likevel kan motivasjon ha en negativ innvirkning og føre til at ansatte blir sykemeldte. De mest engasjerte medarbeiderne, som tar på seg ekstra vakter og gir ekstra innsats, og kanskje må dekke opp for andre grunnet redusert bemanning, kan derfor møte veggen og bli sykemeldt på grunn av belastningen som den enkelte opplever.

Frederick Herzberg (1966) har publisert en av de mest innflytelsesrike bidragene knyttet til hvordan ansatte tenker rundt indre motivasjon på arbeidsplassen. Resultatene fra hans forskning indikerer at ved å endre forhold som bidrar til misnøye, vil trivselen øke, som igjen vil føre til økt motivasjon. Herzbergs studie viser at tilfredshet og mistriivsel er relatert til ulike forhold. Ansattes tilfredshet i arbeidet er sterkt knyttet til arbeidstakerens

arbeidsoppgaver, mens mistriivsel på jobben er knyttet til arbeidsmiljøet og hvordan de ansatte blir behandlet.

Frederick Herzbergs (1966) modell om motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer kan oppsummeres med tre punkter:

1. Det er ulike forhold som på den ene siden som skaper tilfredshet og derved motiverer medarbeidere, og på den andre siden skaper mistriivsel.
2. Medarbeidere blir ikke tilfredsstilt og motiverte dersom organisasjonen endrer forhold som skaper mistriivsel.
3. Bare trekk ved arbeidsoppgavene kan fremme trivsel og motivasjon blant medarbeidere (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 244).

Hackman og Oldham (1980) har utarbeidet en jobbkarakteristikkmodell som er relevant fordi den bruker jobbkarakteristika til å forklare motivasjon. Modellen tar for seg flere psykososiale faktorer på arbeidsplassen. Hovedfokuset til modellen er faktorer som setter i gang indre motivasjon, som igjen resulterer i økt arbeidsengasjement. Erichsen, Solberg og Stiklestad (2022) fremhever at jobbkarakteristikkmodellen er en tilnærming til jobberikelse, hvor fem kjerneelementer er indentifisert for å oppnå en positiv psykologisk tilstand for den enkelte arbeidstaker:

1. *Variasjon i ferdigheter*: få mulighet til å benytte sin kompetanse på arbeidsplassen.
2. *Oppgaveidentitet*: hvor involvert er man i en prosess fra start til resultat. Om en opplever at oppgaveidentiteten er stor, får en tilegnet seg kunnskap fra hele prosessen og derav føler en større mening i sin del av den.
3. *Oppgavebetydning*: får mulighet til å se den større betydningen jobben gjør og har for andre.
4. *Autonomi/selvstendighet*: mulighet til å bestemme, ha ansvar og har kontroll over egen arbeidssituasjon.
5. *Tilbakemelding*: mottar tilbakemelding om resultatet på arbeidet som har blitt utført (Erichsen et al. 2022, s. 183).

I 1943 utviklet Abraham Maslow en behovsteori. Behovsteorien tar utgangspunkt i at vi er motivert for å tilfredsstille våre behov. Modellen tar sikte på grunnleggende behov i et hierarki med ulike faktorer. Faktorene består av fysiologiske behov, sikkerhetsbehov, sosiale behov, aktelse og selvrealisering:

Fysiologiske behov representerer individets biologiske drivkrefter som ligger i bunnen av hierarkiet. Disse behovene er næring, ren luft, vann og husly (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 115; Maslow, 1954). I studiens sammenheng tenker man gjerne på lønnsbetingelser. For at arbeidstakerens grunnleggende behov skal være dekket, må det foreligge en viss minimumslønn. Sikkerhetsbehov bygger på behovet for trygge omgivelser som beskytter individet mot fysisk eller psykisk skade. Dette kan oppnås gjennom grunnleggende sikkerhetstiltak på arbeidsplassen ifølge Kaufmann og Kaufmann (2015). Sosiale behov handler om tilknytning til gode venner og kollegaer, og ikke minst partnere som vi deler intime sider av livet med. Arbeidsplassen kan legge til rette for sosiale sammenkomster og samarbeid på jobb.

Aktelse omhandler personlig vekst, herunder å videreutvikle kompetanse og personlige egenskaper. Maslow antar at det første trinnet i denne prosessen er å utvikle god selvrespekt og få anerkjennelse fra andre mennesker som er rundt oss. Arbeidsplassen kan tilrettelegge for ulike sammenkomster der man anerkjenner hverandre med tilbakemeldinger på jobben som har blitt utført, eller utdele konkrete bevis gjennom diplomer for arbeid som er utført på en spesielt god måte. Selvrealisering er det siste nivået i Maslows pyramide. Dette nivået handler om å frigjøre kapasitet til å utvikle og realisere sine potensialer i form av iboende anlegg, evner og egenskaper. Gjennom å gi arbeidstakeren muligheter til å gjøre dette i jobben, kan det utløse sterke motiverende krefter som kan komme individet selv og bedriften til gode (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 116; Maslow, 1954).

3.1.2 Endringsledelse

Ifølge Moran og Brightman (2001) er endringsledelse «*prosessen med kontinuerlig å fornye en organisasjons retning, struktur og evner for å imøtekomme de stadig skiftende behovene til eksterne og interne kunder*» (Moran & Brightman, 2001, s. 111). I artikkelen om

organisasjonsendringsledelse hevder By (2017) at endring er en kontinuerlig faktor i organisasjoners liv og kan forekomme på både operasjonelt og strategisk nivå. Derfor er det avgjørende for enhver organisasjon å kunne identifisere tydelig hvor de må bevege seg i fremtiden, samt å ha en effektiv plan for å håndtere de nødvendige endringene som kreves for å nå sine mål. Hennestad og Revang (2017) viser at det handler om å endre vår måte å tenke på og de tankegangene som fører til at ansatte velger bestemte handlinger.

Jacobsen og Thorsvik (2021) skriver at endringer har funnet sted når organisasjonen utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 373). Endringer relatert til sykefravær og IA-avtalen kan sees i sammenheng med endringer knyttet til organisasjonsstruktur. Endringer i organisasjonsstruktur kan føre til forandringer i hvordan arbeidsoppgavene fordeles og koordineres, samtidig som det kan være forandringer i hvilket belønningssystem som blir anvendt. Helse Bergen kan gjennomføre endringer i organisasjonskulturen, noe som vil medføre endringer i normer, verdier og grunnleggende antakelser (Jacobsen og Thorsvik, 2021). IA-arbeid på et sykehus omhandler oppfølging av sykemeldte, forbedring av arbeidsmiljøet og tilrettelegging for ansatte med behov. Det er viktig at Helse Bergen legger til rette for en kultur for endring innenfor dette arbeidet.

Ifølge Hennestad et al. (2006) blir endringsledelse definert som «å lede prosessen å komme fra nåværende situasjon til fremtidig ønsket situasjon» (Hennestad et al., 2006, s. 140). Ottesen (2011) ser på endringsledelse som «a) å handle for å vurdere behovet for større eller mindre endringer av en virksomhet i form av tilpasning og/eller innovasjon og, i bekreftende fall, b) å handle for at virksomheten forandrer seg til å bli mer innovativ, mer effektiv, for å ta ett samfunnsansvar, bli en sterkere arbeidsplass, gi medarbeidere bedre livskvalitet, bli tilstrekkelig lønnsom, for å overleve» (Ottesen, 2011, s. 15). Helse Bergen er en IA- virksomhet, og dette kan innebære endringer knyttet til hvilke holdninger og verdier som preger virksomheten, samt rutiner for sykefraværarbeid. Det kan være behov for å benytte ulike metoder og tilnærminger, inkludert endringer i arbeidsoppgaver, tilrettelegging, opplæring og andre former for omstilling.

Bamford og Forrester (2003) beskriver at en planlagt tilnærming baserer seg på antakelsen om enighet blant alle i organisasjonen om å arbeide i én retning uten uenigheter (Bamford &

Forrester, 2003, s. 547). Videre forutsetter tilnærmingen en antakelse om at organisasjoner opererer i stabile forhold og kan bevege seg fra én stabil tilstand til en annen på en planlagt måte (Bamford & Forrester, 2003). Planlagte prosesser er konkrete endringer som skal bringe organisasjonen videre. Jacobsen (2012) påpeker at de fleste tilfeller av planlagte organisasjonsendringer har som mål å forbedre resultater. En vanlig type endring er endring knyttet til arbeidsoppgaver. Det kan bety forandring i arbeidsstokkens størrelse eller sammensetning (Jacobsen, 2012, s. 69).

Ifølge Hennestad og Revang (2017) er den tradisjonelle forståelsen av organisasjoner at de symboliserer struktur og stabilitet. Når vi organiserer noe, er målet at resultatet og aktiviteten skal være forutsigbart. Derfor gjenspeiler begrepet planlagt endring og episodisk endring dette synet (Hennestad & Revang, 2017, s. 87). Imidlertid finnes det en annen gruppe av litteratur som retter oppmerksomheten mot at organisasjoner stadig er i endring. Hennestad og Revang (2017) hevder at de fleste er vant til å tenke på organisasjonen som stabilitet; et «målrettet, stabilt samarbeid», dermed fremstår endringer som et unntak som må utføres gjennom ledelse. Burnes (2004) definerer kontinuerlig endring som evnen til å tilpasse seg på en gjennomtenkt måte for å holde tritt med det raske tempoet i endringene. Formålet er derfor å forbedre allerede eksisterende rutiner, systemer og prosedyrer.

Ifølge By (2007) finnes det ulike tilnærminger til hvordan endringer oppstår. Han hevder for det første at suksessfull adopsjon av ny atferd og gjennomføring av endringer krever at den tidligere atferden forkastes. Derfor må et vellykket endringsprosjekt inneholde tre trinn: «opptining» av nåværende nivå, bevegelse til det nye nivået, og «frysing» av det nye nivået. Denne endringsmodellen erkjenner behovet for å avvise gammel atferd, strukturer, prosesser og kultur før man kan implementere nye tilnærminger (By, 2007, s. 374). For det andre baserer tilnærmingen seg på antakelsen om at organisasjoner opererer innenfor uforenlige rammer og kan forflytte seg på en forhåndsbestemt måte fra en stabil tilstand til en annen.

Helse Bergen er en kompleks organisasjon, og ansattgruppen består av ulike profesjoner og grupper. Å skape en ny vei for organisasjonen er omfattende. Det krever derfor et tett samarbeid blant de ansatte og lederne for å oppnå målene som har blitt satt. For å bevege

seg vekk fra tidligere situasjoner, hevder Hennestad og Revang (2017) at man må få avdekket følgende problemstillinger: «*Hva slags utfordring dreier det seg om? Hvilke spørsmål er viktig å stille i en endringsprosess som realiserer ønsket fremtidig situasjon? Hva er virksomme retningslinjer for å håndtere dem?*» (Hennestad & Revang, 2017 s. 161).

Organisasjonen må derfor reflektere rundt endringsmålene og på den måten skape en viktig målsetting for organisasjonen.

Suksessen til endringer vil avhenge av arten av endringene som har blitt utført.

Gjennomføringen av endringer i organisasjoner vektlegges ofte av endringer knyttet til rolle eller holdninger (Yukl, 2021, s. 272). Yukl (2021) skiller mellom holdningsorientert- og rolleorientert tilnærming. Førstnevnte medfører endring av holdninger og verdier gjennom overbevisning, opplæringsprogrammer og aktiviteter for teambygging. Formålet er å etablere nye holdninger og ferdigheter som vil påvirke ansattes atferd på en positiv måte. Rolleorientert tilnærming ønsker å endre roller ved å endre arbeidsflyten, legge til nye ansvarsområder og arbeidsoppgaver, endre betingelser samt prosedyrer for evaluering av arbeid (Yukl, 2021, s. 272).

3.1.3 IA-avtalen som organisasjonsoppskrift

Van Grinsven, Heusinkveld og Cornelissen (2016) påpeker interessen for bevegelse og spredning av ledelsesideer, og at det finnes flere organisasjonsoppskrifter som serviceledelse, helhetlig ledelse, teambasert ledelse og endringsledelse (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness og Røvik, 2017). Piazza og Abrahamson (2020) argumenterer for viktigheten av å diskutere og definere hvordan akademikere konkret konseptualiserer ledelsesfenomener og trender. Clark og Greatbatch (2004) og Gill og Whittle (1993) bruker begrepet «ideer», mens Kieser (1997), Nicolai, Schulz og Thomas (2009) refererer til «ledelseskonsepter», og Abrahamson (1996) til «ledelsesteknikker». Det er derfor tydelig at det er mangfoldige perspektiver og terminologier som brukes innenfor studiet av organisasjonsoppskrifter.

Gulbrandsen (2008) hevder at organisasjoner adopterer språk og prosedyrer som er akseptable innenfor en spesifikk ramme, sett fra et institusjonelt perspektiv (Gulbrandsen, 2008, s. 567). Videre fremhever Gulbrandsen (2008) at institusjonelle normer i

organisasjonens omgivelser spiller en viktig rolle for å definere hva som anses som akseptabel og uakseptabel atferd i en organisasjon, og legitimerer også bestemte organisatoriske oppskrifter. Effektive ansvarlighetsordninger avhenger av legitimitet blant relevante interesser og grupper. Suchman (1995) definerer legitimitet som oppfatningen om at en organisasjons handlinger er ønskelige og riktige innenfor et sosialt konstruert system av verdier, tro, normer og definisjoner (Suchman, 1995, s. 574). Det handler derfor om hvordan organisasjonen blir oppfattet av samfunnet rundt den, og om dens handlinger er i samsvar med aksepterte normer og verdier i samfunnet.

Organisasjoner velger aktivt hvilke organisasjoner de ønsker å samarbeide med og hvilke ledelsespraksiser de vil adoptere eller ikke. Ansari, Fiss og Zajac (2010) bruker begrepet «tilpasning» for å referere til prosessen der organisasjoner streber etter å skape bedre tilpasning mellom ekstern praksis og organisasjonens spesifikke behov for å øke et område eller et spesifikt aspekt under implementering (Ansari et al., 2010, s. 71). I løpet av tilpasningsprosessen kan det være nødvendig å justere hvordan en praksis blir presentert og formidlet over tid. Van Grinsven et al. (2016) fremhever at begrepet «oversettelse» har blitt tolket på forskjellige måter og tilpasset en økende variasjon av tolkninger. Ifølge Lervik og Lunnan (2004) fokuserer den skandinaviske institusjonalismen på ledelseskunnskap som konstruert og de symbolske aspektene ved spredning (Lervik & Lunnan 2004, s. 296). På den annen side benytter andre dette perspektivet til å utvikle teorier om variasjoner i lokale «mønstre» som en konsekvens av organisatoriske forhold (Van Grinsven et al., 2016, s. 272). Ulbrich (2010) påpeker at organisasjoner tilpasser ideer til sine individuelle forhold. Derfor adopterer organisasjoner vanligvis ikke bare nye ideer uten å gjøre noen endringer i dem (Ulbrich, 2010, s. 249).

Lervik, Amdam, Lunnan og Traavik (2000) skiller mellom formell aksept av organisatoriske oppskrifter og faktisk bruk av oppskrifter. Formell aksept av oppskrifter bidrar primært til organisasjonens legitimitet, mens endringer må skje på arbeidsprosessnivået for å oppnå økt effektivitet. Lervik et al. (2000) hevder at nivåene kan også være uavhengige av hverandre, noe som betyr at å studere de formelle aspektene gir begrenset innsikt i de faktiske arbeidsprosessene, og omvendt. Derfor er det nødvendig å studere bruken av oppskriften for å forstå hvordan organisatoriske oppskrifter påvirker selskapers effektivitet.

Perspektivet til formell aksept innebærer ofte en underliggende modell av prosessen basert på metaforen om smitte (March 1981). En måte å se på det er at handlinger kan spre seg fra én organisasjon til en annen. Denne prosessen påvirkes av variasjoner i kontakt mellom organisasjonene og tiltrekningen av atferd eller tro som blir imitert, noe som kan påvirke hastigheten og mønsteret for spredning (March, 1981, s. 565). Videre påpeker Lervik et al. (2000) at den organisatoriske oppskriften må aktivt aksepteres av aktører, og sprer seg ikke automatisk som en infeksjon. Formell aksept forutsetter at etablerte begreper blir spredt, der mottakerne kun kan akseptere eller avvise begrepet. En oversettelsesmodell utfordrer dette synet ved å hevde at mottakerne spiller en aktiv rolle i å oppfatte, tolke og håndtere begrepene de tar opp. Ved observasjon av oppskriften i bruk, er det viktig å være oppmerksom på hvordan den kan tolkes og oversettes ulikt i ulike deler av organisasjonen for å effektivisere forståelsen (Lervik et al., 2000, s. 10).

3.2 Ledelse og lederroller

Det finnes mange ulike definisjoner på ledelse. Yukl (2013) definerer ledelse som *«prosessen med å påvirke andre til å forstå og bli enige om hva som må gjøres og hvordan det skal gjøres, og prosessen med å legge til rette for individuell og kollektiv innsats for å nå felles mål.»* (Yukl, 2013, s. 23). Strand (2007) definerer ledelse på tilsvarende måte, som at *«ledelse er ganske enkelt å drive en organisasjon slik at de forskjellige menneskene som vil ha noe ut av den, ønsker å fortsette å støtte den på en slik måte at den er i stand til å eksistere»* (Strand, 2007, s. 21). I *Leadership in Organization* utdyper Yukl (2013) at ledelse er *«atferden til individet som styrer aktivitetene til en gruppe mot et felles mål»*, og at ledelse er *«individets evne til å påvirke, motivere og gjøre andre i stand til å bidra mot effektivitet og suksess for organisasjonen»* (Yukl, 2013, s. 3).

Andersen (1995) angir Bass (1990) grupperende mengder av definisjoner i 12 kategorier; (1) ledelse som et sentrum for gruppeprosesser, (2) personlighet og dens effekter, (3) kunsten til å fremkalle ettergivenhet/etterfølgelse, (4) utøvelse av påvirkning, (5) handling eller atferd, (6) en form for overtakelse, (7) en maktrelasjon, (8) et instrument for måloppnåelse, (9) et framvekst resultat av interaksjon, (10) en differensiert, spesiell rolle, (11) etablering av struktur og avslutningsvis (12) en kombinasjon av ulike effekter (Andersen, 1995, s. 14. Bass, 1990 s. 11 – 18).

Å styre et sykehus blir betraktet som en av de mest krevende lederoppgavene. Mintzberg (1997) uttrykker «*Det å lede en komplisert privat bedrift er svært enkelt i sammenlignet med å lede nesten ethvert sykehus. Her er presset fra pasienter og profesjoner enormt, og det å styre profesjoner er som å prøve å gjete katter*» (Grund, 2006, s. 166). Ledere står overfor ulike beslutninger og dilemmaer. Det er derfor avgjørende å skaffe gode toppledere. I Helse Bergen sitt tilfelle gjelder det gode toppledere, divisjons- og avdelingsledere. Jo mer tillit toppledelsen har til ulike nøkkelpersoner, desto enklere blir det for helsepersonell fra ulike avdelinger og yrkesgrupper å samarbeide effektivt (Grund, 2006).

Lederens funksjoner eller oppgaver er mange og ulike, beskrivelsen av funksjonene vil være varierende ifølge Christensen og hans kollegaer (2017). Ledere i Helse Bergen må ta helhetlig ansvar og utføre klinisk lederskap. De må håndtere endringsledelse, ha rasjonelle ferdigheter, faglig innsikt, kunne håndtere ulike former for personalansvar og opprettholde et forsvarlig arbeidsmiljø. Lederroller anses å inkludere ulike ansvarsområder, enten de er formelle, uformelle eller symbolske, som er knyttet til både overordnende og systematiske aspekter (Christensen et al. 2017, s. 134).

Mintzberg (1973) definerer ledere som «*personer som har formelt ansvar for organisasjoner eller deres underenheter*» og fremhever at *organisasjonenes størrelse, bransje, lederens nivå, enhetens funksjon og personlige faktorer kan påvirke hvordan lederrollen utføres*» (Lamond, 2003, s. 13).

Målet med ledelse er å påvirke andre for å oppnå et felles mål. Mann (1965) hevder at det er mulig å planlegge arbeidsfordelingen for å oppnå en struktur der like oppgaver i organisasjonen er organisert med utgangspunkt i organisasjonens målsetting. Selznick (1957) fremhever at ledelsen må kunne bidra til et felles verdigrunnlag for organisasjonen (Strand, 2007). Innenfor sykehusvesenet påpeker Grund (2006) at ledelse utøves i en spesiell kontekst. Derfor bør ikke ledelseskonsepter og praksiser fra andre områder bli brukt ukritisk. Sykehusvesenet er preget av høy kompleksitet både eksternt og internt, og derfor utøves ledelse i en spesiell kontekst. Innenfor sykehusvesenet er fagfolkernes kvalitet avgjørende for å kunne løse arbeidsoppgaver eksternt, mens den interne strukturen preges av profesjoner, fagkultur og fagnormer, spesielt i Helse Bergen.

Lederskap i sykehussektoren kan styrkes rundt to elementer:

1. Ledelsesoppgaver omhandler ikke primært om ressursforvaltning og veiledning, men om å forhindre dilemmaer og usikkerhet og å få til institusjonelt lederskap.
2. Ledelse omhandler å oversette kompliserte krav fra omgivelsene og bygge bro mellom sykehusvesenet mange fagkulturer (Grund, 2006, s. 173).

3.3 Sykehusledelse

I helsevesenet og sykehuset spesielt er det en del oppskrifter som har blitt anvendt. Noen av oppskriftene har en importert, mens noen har de generert selv. Det finnes egen tankegang om ledelse som er innarbeidet i sykehussystemet. Det betyr også at det er en del forskning på ledelse i sykehusene. Det er mye en kan si generelt om ledelse og enhetlig ledelse er en måte å tenke ledelse på, da den gir spesifikk tolkning for sykehuskontekst. Det er derfor nødvendig å skille mellom generell ledelseslitteraturen, sykehusspesifikke ledelsesforskningen og de modellene som faktisk blir brukt i sykehusene.

3.3.1 Enhetlig ledelse

Proessen med enhetlig ledelse startet 19. april 1996 da Steine-utvalget ble oppnevnt. Utvalget la frem sine innstillinger i rapporten «Pasienten først» (NOU1997:2). Formålet var å utrede spørsmål knyttet til intern organisering og ledelse innenfor norske sykehus. Enhetlig ledelse ble identifisert som et av tiltakene i denne rapporten, og i 2001 ble det vedtatt en ny lov, Spesialisthelsetjenesteloven, som stadfestet behovet for enhetlig ledelse i sykehus. Denne loven regulerte hvordan sykehusene skulle organiseres, og § 3-9⁸ presiserer at «Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner. Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinskfaglige rådgivere». Før innføringen av denne bestemmelsen, var det ikke klart regulert i lovgivningen om flere personer kunne være ledere for samme organisatoriske enhet. Sykehusene opererte derfor med en «todelt ledelse», der leger ledet leger og sykepleiere ledet sykepleiere. Denne lederstilen ble kritisert for uklare ansvarsforhold (Knutsen, 2016).

⁸ Lov om spesialisthelsetjenesten, 2001, §3-9

Innføringen av enhetlig ledelse i norske sykehus førte til at ledelsen ble fristilt fra sin tidligere helsefaglige tilhørighet. Dermed skulle den best kvalifiserte personen få lederrollen, uavhengig av yrkesbakgrunn. Sykehusene skulle utpeke én person som skulle ha det totale ansvaret for enheten. Målet var å skape en klarere og mer forenklet ansvarsfordeling, der lederen har det administrative overordnede ansvaret for alt personell og det totale ansvaret for all drift ved avdelingen. Dette førte til en økt oppmerksomhet rundt hva ledelse er, samt hvilke egenskaper og kvalifikasjoner vedkommende skulle ha for å kunne lede en sykehusavdeling.

Ifølge Torgeir Sveri (2004) var Rikshospitalet en av de opprinnelige institusjonene som kom opp med ideen om enhetlig ledelse. Ved byggingen av det nye Rikshospitalet oppsto det uenighet internt på sykehuset om hvilken ledelsesmodell som skulle velges. I forbindelse med dette ba Rikshospitalet i et brev til departementet om en avklaring: *«I forhold til Stortingets vedtak skal etter Sosial- og helsedepartementets oppfatning, lederansvaret på et sykehus på de ulike nivåer kunne henføres til en ansvarlig leder. Vedkommende skal være den best kvalifiserte person i forhold til faglige og administrative kriterier. Hvorledes relevante kriterier skal vektlegges, må avveies i forhold til den konkrete situasjon ved den enkelte virksomheten»* (NOU1997:2, s. 22).

Rikshospitalet ble motivert av generelle reformideer som ble vedtatt på Stortinget. Mange sykehus og ulike avdelinger tilpasset og tolket de ulike kravene som ble stilt gjennom enhetlig ledelse, selv om ideen ikke var deres (Sveri, 2004, s. 29). Målet var også å klargjøre og plassere ansvar. Det er avdelingslederen som har fullt ansvar for all drift på avdelingen, og alle ansatte blir delegert fra direktøren (Gjerberg & Sørensen, 2006).

Steine-utvalget viser det omfattende ansvaret som avdelingslederen skal påta seg:

- Identifisere og iverksette tiltak som skal sikre nødvendig omstilling i forhold til de krav som stilles til virksomheten på sikt.
- Sørge for at avdelingen oppfyller de fastsatte normer og standarder for faglig forsvarlig virksomhet.
- Ivareta personalansvar (Gjerberg & Sørensen, 2006, s. 12-13)

I doktoravhandlingen til Tone Opdahl Mo (2006) blir det fremhevet at lovfestingen av enhetlig ledelse tydeliggjør troen på at ledelse kan være et tiltak for å håndtere styringsproblemene som sykehusene har stått overfor. Mo (2006) påpeker at ledelsesformen kan forstås ut fra hvordan Norge har brukt elementer fra New Public Management - tenkningen (NPM) (Mo, 2006, s. 62). Ifølge Christensen og Lægneid ble det påstått at den offentlige forvaltningen hadde blitt for mektig, stor og kostbar, og den derfor burde reduseres og effektiviseres. Målet var en mindre, mer fleksibel og konstandseffektiv forvaltning som inkluderte private bedrifter med markedsorientering. Konkret består NPM av ulike tiltak som profesjonell managementorientert ledelse; desentralisering og økt lokal autonomi over ressursbruken, mål- og resultatstyring: tallfestende resultatmål og resultatkontroll samt serviceorientering, servicekvalitet og tjenestestyring (Christensen & Lægneid, 1997 s. 374-375)

Monica Johansen (2009) uttrykker at det er flere forskere som har sett på enhetlig ledelse, og mener at reformen har tatt inspirasjon fra *New Public Management* (NPM). Det hevdes at enhetlig ledelse må «ses som eksempel på hvordan en *New Public Management* styringsforståelse kommer inn i sykehus» (Johansen, 2009, s. 19-20). Ifølge Gjerberg og Sørensen (2006) er endringene i ledelsesstrategiene på sykehusene tett knyttet til andre utviklingstrender med hovedfokus på ledelse. Det hevdes at sterk og profesjonell ledelse er nøkkelen til suksess og derfor anses som avgjørende for å oppnå ønskede resultater for organisasjonen. NPM legger til grunn for modeller, teorier og ideer for styring og organisering av offentlig sektor som er hentet fra privat sektor og overført til offentlig sektor (Gjerberg & Sørensen, 2006, s. 10).

NPM som organisasjonsoppskrift har hatt stor innflytelse på offentlig sektor de siste 20 årene, og det kommer samtidig nye krav til effektivitet, fleksibilitet og målrettighet. Gjerberg og Sørensen beskriver at *ledelse anses som separat funksjon innenfor hver organisasjon, og ledelse spiller en avgjørende rolle i planlegging, gjennomføring og måling av om organisasjonen når de mål og resultatkrav dem har satt seg* (Gjerberg & Sørensen 2006, s. 10)

Kjernen i denne studien handler ikke om debatten mellom leger og sykepleiere, men det er likevel verdt å merke seg at den skapte stor oppmerksomhet. Johansen & Gjerberg (2009)

uttrykker at Legeforeningen i utgangspunktet støttet ideen om enhetlig ledelse, men mente at lederstillingen var «øremerket» til legene og at det dermed ikke var naturlig at noen andre skulle få stillingen. Til overraskelse for mange ble det ikke utpekt noen spesifikk profesjon som skulle lede, men det ble lagt vekt på kompetanse innenfor de ulike helseprofesjonene som sykepleie, jordmor, medisin og psykologi (Johansen & Gjerberg, 2009, s. 398).

Ifølge NOU1997:2 har todelt ledelse i sykehusene utviklet seg over lang tid som følge av sykepleiernes kamp for økt anerkjennelse og respekt i sykehusmiljøet. Dette har bidratt til å synliggjøre sykepleiernes status og posisjon (NOU1997:2, s. 78). Fra et sykepleieperspektiv har dette resultert i økt anerkjennelse og respekt for yrket og arbeidet som utføres.

«Fra legehold hevdes det at pasientens opphold ved sykehuset skyldes at pasienten har behov for medisinsk-faglig vurdering og behandling, og at annen virksomhet ved avdelingen i stor grad vil kun være avledet av den medisinske virksomheten. Følgelig bør derfor all virksomhet underlegges avdelingsoverlegens ansvarsområde. Fra sykepleiehold hevdes det at det i tillegg til avledede oppgaver fra legetjenesten utføres oppgaver som er av en selvstendig sykepleiefaglig karakter, og at administrasjon og ledelse av sykepleietjenesten kan og bør ledes av en sykepleier» (NOU1997:2, s. 77).

3.3.2 Hva er todelt ledelse?

Enhetlig ledelse ble implementert for å adressere kritikken knyttet til uklare ansvarsforhold i todelt ledelse. Todelt ledelse bygget på faglige skiller og uformelle rangeringsordninger mellom ulike helsefaglige disipliner, hvor hver «søyle» hadde ansvar for avdelingsdrift, administrasjon, resultater og budsjettoppfølging basert på konkrete disiplinbaserte oppfatninger av faglighet. I 1999 praktiserte hele 90 prosent av sykehusene denne ledelsesmodellen (Bjerberg & Sørensen, 2006b). Avdelingsoverlegen hadde det medisinske ansvaret for avdelingens drift og personalansvar for legene og kontorpersonell, mens oversykepleiere hadde tilsvarende ansvar knyttet til pleiefaget og pleiepersonalet.

Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus (NOU1997:2) hevdet at todelt ledelse vil påvirke holdninger og oppfatninger til ledelse, både positivt og negativt. På den positive siden vil det bidra til å ha tverrfaglige samarbeid knyttet til ledelsesspørsmål, og på den andre siden

vises det negativt knyttet til påstanden om at fag må ha sin uavhengighet, og ikke kan underlegges andres ledelse (NOU:1997:2, s 126). Det ble dermed formidlet at eksistensen av todelt ledelse må forstås med utgangspunkt i de holdningene som allerede var eksisterende på sykehuset.

«Legene i lederposisjoner har viet de medisinsk-faglige spørsmålene større oppmerksomhet enn de driftsmessige og personellmessige spørsmålene. Sykepleierne har grepet fatt i personalledelse og driftsspørsmål, og har fått den aksept og legitimitet som har vært nødvendig for at den todelt ledelsen har kunnet bli en realitet. Dette eksemplet er valgt for å vise hvordan holdninger og struktur gjensidig påvirker hverandre, og er ikke fra utvalgets side ment å være noen vurdering av todelt ledelse» (NOU1997:2, s. 126).

Kjekshus (2004) viser til at faktorer som usikkerhet, ineffektivitet, ansvarspulverisering og forvirring alle har negativ innvirkning på todelt ledelse. Forskning om ledelse i norske sykehus springer ut fra interessen som kom i forbindelse med sykehusreformene ved inngangen til det nye årtuset.

3.4 Oppsummering

Det finnes enormt mye tankegang rundt hva som er god ledelse, og hva god ledelse kan bidra med for å redusere sykefraværet. Derfor kan disse ideene om ledelse betraktes som ledelsesoppskrifter. Motivasjon er en viktig faktor for å redusere sykefraværet. Det er fordi ledere motiverer og inspirerer ansatte til å yte sitt beste. Maslow (1943) påpeker at tilbakemelding og ros vil bidra til å øke motivasjon. Ledere har økt beslutningsmyndighet og kan derfor iverksette tiltak i enheten/avdelingen for å øke ansattes motivasjon, ettersom lav motivasjon kan få negative konsekvenser som økt sykefravær.

Arbeidet med endringer krever tålmodighet, tillit og tro på at endringene vil medføre en ny hverdagsvirkelighet. Endring og tilpasninger kan være nødvendig for å redusere sykefraværet. Ledelsen kan vurdere arbeidsmiljøtiltak i avdelinger/enheter med dårlig arbeidsmiljø, og samtidig gjøre endringer knyttet opp mot å sikre et positivt, støttende og tilretteleggende arbeidsmiljø. Det finnes ulike ideer på hva som er god ledelse. I denne

studien viser jeg IA-avtalen som en organisasjonsoppskrift, med fokus på avtalens virkemidler for å redusere sykefravær og forbedre arbeidsmiljøet.

God ledelse ses på som en forutsetning for å oppnå et godt arbeidsmiljø og med lavt sykefravær. Derfor blir god ledelse sett på som en forutsetning for å redusere sykefravær. Forskning på sykehusledelse skiller seg ut fra andre ledelsestiler. Todelt ledelse var bygget opp på de faglige skillene og uformelle rangeringsordninger mellom de helsefaglige disiplinene. Vi har gått vekk fra denne ledelsestankegangen, og det er nå de best kvalifiserte som kan få lederrollen uavhengig profesjon. Basert på vår innsikt i sykehusledelse og sykefravær, er det tre dimensjoner som fremstår betydningsfulle; motivasjon, endring og tilpasninger og strategi og beslutninger. Disse dimensjonene skal studien konstrueres rundt videre.

For å besvare studiens problemstilling: *Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?* Har jeg utarbeidet tre forventninger.

Forventing en motivasjon: *Ledere har stor innvirkning på hvor motiverte de ansatte er i sitt arbeid. Å få hjelp, støtte og bli sett av sin leder er sentrale elementer for å forstå motivasjonen i organisasjonen.* Lederens motivasjon kan ha direkte innvirkning på ansattes motivasjon, jobbtilfredshet og ytelse. Ledere bør derfor forstå hvordan man kan øke motivasjonen til hver enkelt ansatt. Motiverte ansatte kan i mange tilfeller være mer tilbøyelige til å være engasjert i jobben sin. Når ledelsen viser og utøver motivasjon, kan arbeidstakerne oppleve mindre stress og utbrenthet. Videre kan det føre til økt produktivitet, bedre kvalitet på tjenesten og mindre sykefravær. Hvis arbeidstakerne er umotiverte, kan det få negative konsekvenser som lav ytelse, økt stress og økt sykefravær. Derfor er det viktig at ledere fokuserer på motivasjon for å sikre et godt arbeidsmiljø og lavt sykefravær.

Frederick Herzbergs tofaktorteori (1966) uttrykker at det er to faktorer som påvirker motivasjonen til ansatte. Herzberg skiller mellom hygiene faktorene og motivasjonsfaktorene. Motivasjonsfaktorene peker på muligheter for vekst og utvikling,

ansvarfølelse og anerkjennelse. Eksempler på dette kan være lederopplæring gjennom kurs og undervisning i forhold til lederatferd. Kurs og undervisning er elementer som kan bidra til økt motivasjon.

Forventing to endring og tilpasninger: *Ledere spiller en sentral rolle i planlagte endringsprosesser, og det er ofte ledelse som er avgjørende for om slike endringsprosesser blir vellykkede.* Dette skyldes at ledelsen har ansvaret for å implementere og håndtere ulike endringer på arbeidsplassen. En leder kan ha muligheten til å påvirke retningen av avdelingen/enheten, samtidig som de kan identifiserer behovene som de ansatte har knyttet til arbeidsmiljø og arbeidskultur. Ledere har ansvaret for å formidle ulike endringer til de ansatte og gi støtte gjennom prosessene. Et annet viktig element er at et nært samarbeid mellom ledelsen og de ansatte kan sikre en mer vellykket gjennomføring av endringene. Som et resultat av dette må ledelsen være åpen for tilbakemeldinger og være villig til å gjøre ytterligere tilpasninger om nødvendig. Endringsprosesser kan derfor spille en sentral rolle da de kan lede arbeidsplassen i en ny retning og bidra til ønskede resultater, for eksempel reduksjon av sykefravær, som er tilfellet i denne studien.

Revang (2017) reflekterer over at endringsledelse innebærer å endre væremåte og tankegang som gjør at ansatte velger dem. Likevel kan en møte motstand mot endring og tilpasninger som organisasjonen ønsker å gjennomføre. For å møte utfordringene organisasjonen står ovenfor, blir god kommunikasjon sett på som et viktig redskap i arbeidet.

Forventning tre strategi og strategiske beslutninger: *ledelse blir forbundet med personer som innehar lederposisjoner og dermed beslutningsmyndighet. Dette innebærer at ledere spiller en sentral rolle i å forstå hvorfor og hvordan strategiske beslutninger bør tas.* Ledelsen må ha nødvendige verktøy for å sikre at organisasjonen eller enheten/avdelingen oppnår langsiktig suksess med de beslutningene som tas. Derfor kan ledelsen analysere både interne og eksterne faktorer som kan utgjøre trusler mot høyt sykefravær, og dermed finne den beste strategien for å håndtere ulike utfordringer. En viktig del av dette arbeidet er å kommunisere strategien som skal implementeres klart, slik at alle får mulighet til å forstå dens betydning,

og dermed justere strategien om nødvendig underveis for å sikre at organisasjonen når sine mål.

Det er antakeligvis et forhold mellom de tre forventningene. Hvis det er sånn at motivasjon er viktig, så kan en anta at en jobber med motivasjon på strategisk nivå. Resultatene fra kurs og undervisning kan være synlig i de strategiske beslutningene som blir tatt videre i organisasjonen. På samme side kan strategiarbeidet bidra til nytutvikling i endringsarbeid. Motivasjon er en viktig faktor i drive endringer og tilpasninger, hvis Helse Bergen ikke er motivert til å endre eller tilpasse seg ny strategi, kan det resulterer til at det er vanskelig å få den til å fungere. På samme måte kan endring og tilpasning være nødvendig for implementering av nye strategier eller å ta strategiske beslutninger. Derfor kan det antydes at forventningene har et forhold til hverandre.

De overnevnte forventningene skal være førende for studien videre. Det er derfor viktig for meg å finne ut av hvordan jeg skal se etter motivasjon, endring og tilpasninger samt strategi og strategiske beslutninger når studien skal gjennomføres. Jeg er derfor interessert i å finne ut av hva de offentlige dokumentene forteller samt hvilke refleksjoner og tanker informantene har tilknyttet forventningene.

4.0 Metodologi og datainnsamling

Kapitlet presenterer metodologien og det vitenskapelige grunnlaget for studien om *hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet*. Studien benytter et kvalitativt forskningsdesign, som fokuserer på dybdeforståelse av de komplekse faktorene som påvirker sykefravær. Kvalitativ forskningsintervjuer og offentlige dokumenter er datamateriale som gir innsikt i ulike nyanser og kompleksiteter som kvantitativ metode nødvendigvis ikke fanger opp. Ved å inkludere stemmene til ledere og andre relevante aktører som opplever sykefravær og jobber med IA-avtalen, får jeg innsikt i deres perspektiver, oppfatninger og erfaringer. I tillegg evaluerer jeg datakvaliteten ved å se på reliabilitet, intern og ekstern validitet.

4.1 Vitenskapelig grunnlag

Studien har en fortolkningsbasert tilnærming. Fortolkning kan sees som en reaksjon på naturvitenskapelige metoder, og benyttes til å studere sosiale fenomener. Jacobsen (2022) fremhever at det er umulig for en forsker å unngå egen fortolkning av virkeligheten. Jeg har derfor forsøkt mitt beste for å holde meg nøytral, men det er gjennom nærhet til informantene at jeg kan klare å sette meg inn i deres situasjon. Jeg har valgt en induktiv strategi for min masteroppgave og henter empirien fra dokumentanalyse og semi-strukturert intervjuer basert på intervjuguide. Disse dataene gir meg kunnskap som fører til utviklingen av teorien for oppgaven (empiri til teori). Jacobsen (2022) understreker at ideelt sett bør forskere ha et åpent sinn når de går ut i virkeligheten for å samle all relevant informasjon (Jacobsen, 2022, s. 31). Casestudien kan forstås som en helhetlig tilnærming fordi studien inkluderer ulike faktorer som kan påvirke sykefraværet som for eksempel arbeidsmiljø, ledelse og arbeidsbelastning. Mitt mål er å registrere det komplekse samspillet mellom hva mennesker sier og gjør, og hvilken sammenheng de sier og gjør det i (Jacobsen, 2022, s. 32).

4.2 Casestudie

Ifølge Oddbjørn Bukve (2021) kan forskningsdesign defineres som en plan eller fremgangsmåte for å gjennomføre et forskningsprosjekt. Planen beskriver den logiske strukturen i prosjektet, målet med studien, og strategien for å nå disse målene (Bukve, 2021,

s. 13). I min studie har jeg valgt å bruke en casestudie for å forstå hvordan Helse Bergen, som et sykehus, håndterer reduksjon av sykefravær og hvilken effekt IA-avtalen har hatt på arbeidet. Sykefravær er et fenomen som påvirker både samfunnet og individet som helhet, og det er derfor viktig å identifisere tiltak og strategier som fungerer effektivt for å redusere sykefraværet i bedriften. Som en IA-virksomhet har Helse Bergen tilgang på ulike tiltak og virkemidler for å håndtere sykefravær på arbeidsplassen gjennom IA-avtalen.

Johannessen, Tufte og Christoffersen (2021) definerer casestudie som «*et dypdykk i situasjoner, hendelser eller organisasjoner for å undersøke fenomener som ellers kanskje ikke hadde kommet til overflaten*» (Johannessen et al., 2021, s. 206). Case er ifølge Andersen (2013) «*intensive studier av en eller noen få enheter. Case kan være organisasjoner, beslutninger, forhandlinger, en handling eller ett utsagn*» (Andersen, 2013, s. 23). Mens Yin (1984) definerer av casestudie som er «*en empirisk undersøkning som undersøker et samtidig fenomen i sin virkelige kontekst når grensene mellom fenomenet og konteksten ikke er innlysende klare, og der flerfaglige datakilder blir brukt*» (Bukve, 2021, s. 125-126). I min studie velger jeg å benytte definisjonen til Johannessen et al. (2021) fordi jeg skal undersøke en konkret situasjon om hvordan Helse Bergen jobber for å redusere sykefraværet og IA-avtalens effekt.

Jacobsen (2022) fremhever kvalitativ metodes styrke i teoretisk generalisering. Teoretisk generalisering innebærer å identifisere fenomener, etablere kausalmekanismer og avdekke spesielle forutsetninger for at noe skal ha en effekt (Jacobsen, 2022, s. 255). Jacobsen (2022) refererer til overførbarhet som et begrep som brukes når man ønsker å generalisere funn fra en eller noen få caser eller kontekster til andre. For å styrke studiens overførbarhet, må det være fyldige beskrivelser av detaljene som inngår i kulturen eller fenomenet (Johannessen et al., 2021, s. 258). Målet med generalisering i denne studien er å identifisere mønstre og tendenser som er relevante for Helse Bergen. Hadde jeg derimot intervjuet alle avdelingsledere og klinikkdirektører hos Helse Bergen, ville det vært større sannsynlighet for å få et mer nøyaktig bilde av sykefraværsproblematikken. På den måten kunne studien ha overføringsverdi til andre i helsesektoren og/eller andre næringer.

Studien fokuserer på virkemidler i den nye IA-avtalen for perioden 2019-2022. Selv om studien er avgrenset til nåværende virkemidler, anses ikke det som et problem ettersom formålet er å undersøke hvordan Helse Bergen arbeider med å redusere sykefraværet nå, og ikke fra en tidligere periode. Sykefravær er et komplekst fenomen, og ifølge STAMI i sin «*Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021 – status og utviklingstrekk*» øker risikoen for langtidsfravær med faktorer som ubekvemme løft, stående arbeid, rollekonflikt og lav lederstøtte (Bakke, Degerud, Gravseth, Henvold, Løvseth, Mjaaland, Sterud og Øygardslia., 2021, s. 134). Derfor egner casestudie seg godt, da det gir gode og mer detaljerte beskrivelser av hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefraværet.

Studien benytter et enkeltcasesdesign, en metodisk tilnærming som ifølge Johannessen et al. (2021) er hensiktsmessig når casen representerer et kritisk eller unikt tilfelle som kan avdekke viktige fenomener. Ved å undersøke sykefraværet fra flere perspektiver, kan jeg få mer utfyllende beskrivelse og forståelse av fenomenet sykefravær. Studien benytter en helhetlig tilnærming med flere analyseenheter. Analyseenheten for studien er Helse Bergen, mens datainnsamlingsenheten omfatter ansatte som har lederansvar, direkte involvert i IA-arbeidet eller tilhører fagmiljøet Personal- og organisasjonsavdelingen. Valget falt på disse enhetene fordi de har et tett arbeidsforhold med sykefravær og IA-avtalens virkemidler. Ansatte i Personal- og organisasjonsavdelingen og ledere i enhetene har ansvar for å holde seg oppdatert på IA-avtalen, forbedre arbeidsmiljøet og utføre andre administrative oppgaver som er knyttet til arbeidet med sykefravær.

Et betydelig problem i helse- og omsorgstjenesten er høyt nivå av sykefravær. Det kan kreve mye tid og ressurser fra ledere å følge opp fravær for ansatte (Helsedirektoratet, 2021). Helse Bergen er en organisasjon som er ansvarlig for å levere helsetjenester hele året, hver dag. Høyt pasientvolum, lange arbeidsdager og komplekse pasientsaker kan medføre til at legene, sykepleierne og annet helsepersonell opplever et betydelig arbeidspress. Dette kan føre til økt stressnivå, som igjen kan bidra til økt sykefravær. Videre har Helse Bergen ulike arbeidstidsordninger som ofte er komplekse og varierte. Skiftarbeid, nattvakter, langevakter og helgevakter kan påvirke søvnrytmen og den generelle helsen, og kan dermed bidra til økt sykefravær. Helse Bergen, som mange andre helseorganisasjoner, kan oppleve mangel på arbeidskraft i kritiske arbeidsgrupper. Dette kan føre til høyere arbeidsbelastning for de

ansatte og økt sykefravær. Derfor er Helse Bergen som case interessant og spennende å studere, fordi de er en del av helse- og omsorgssektoren hvor høyt sykefravær er en sentral utfordring. Norge vil ha et stort behov for arbeidskraft innen helse- og omsorgssektoren i fremtiden. Det er derfor viktig å sikre at sykepleiere, leger og annet personell som jobber på sykehus, blir værende i jobben lenger og at rekruttering av personell ikke stopper opp.

4.3 Datagrunnlag

For å besvare problemstillingen *hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet* bruker studien metodetriangulering. Det er fordi kun én innsamlingsmetode alene, ikke holder for å besvare studiens problemstilling. Metodetriangulering gir økt helhetlig forståelse ved å gi et nyansert bilde av det sosiale fenomenet som studeres fra ulike synsvinkler.

Ifølge Ringdal (2020) er sekundærdata ikke avgrenset til forskningsdata, og eksisterer uavhengig av studien. Dokumentene utgjør sekundærdata, og intervjuene primærdata. Jeg har et sett av primærdata som er generert av meg gjennom intervju. Det har vært nødvendig med primærdata fordi jeg får informasjon om relevante detaljer, kompleksiteter samt unike aspekter ved fenomenet som ikke fanges gjennom sekundærdata. Samtidig stryker jeg studiens validitet og pålitelighet ved at spørsmålene er direkte knyttet til formålet med studien (Kavle og Birnkmann, 2021). Studiens sekundærdata er dokumentene, og har vært avgjørende for å forstå konteksten av sykefraværspolitikken og målsettingen til IA-avtalen for Helse-Bergen. Sekundærdata derfor viktig fordi det gir tilgang til allerede eksisterende informasjon og kunnskap om sykefravær og IA-avtalen.

Studien benytter både primær- og sekundærdata. Det er nødvendig at dataene handler om sykefraværsreduksjon, hvilke tiltak Helse Bergen har implementert for å redusere sykefraværet og IA-avtalens virkning i Helse Bergen, for å kunne besvare studiens problemstilling. Videre er det avgjørende å analysere hvordan sykefraværarbeidet generelt utføres i sykehus og undersøke hvilke tiltak som finnes i arbeidslivet for å redusere sykefraværet. Det er fordi slike undersøkelser kan gi perspektiver og erfaringer som kan bidra til å utvikle og forbedre tiltakene som brukes i Helse Bergen.

4.3.1 Dokumentanalyse

Johannessen med flere (2021) beskriver dokumentanalyse som en form for kvalitativ innholdsanalyse der data samles inn og analyseres for å identifisere sentrale sammenhenger og relevant informasjon om samfunnsforholdene som skal studeres (Johannessen et al., 2021, s. 236). Jeg vil analysere de mest sentrale dokumentene fra Helse Bergen.

Dokumentanalysen vil gi økt kunnskap om sykefravær før jeg går videre inn i intervjuprosessen. Jeg har delt dokumentanalysen inn i tre fokusområder: redusering av sykefravær i arbeidslivet, sykefraværarbeid på sykehus og hvordan jobber Helse Bergen rundt sykefravær. Hovedårsaken til inndelingen er at dokumentene brukes på forskjellige måter. For det første er det viktig å få et overblikk over hvordan sykefraværarbeid blir presentert gjennom ulike tiltak i arbeidslivet. Hovedfokuset er i utgangspunktet rettet mot Helse Bergen, derfor var det ønskelig å innhente informasjon om hvordan sykehus som bransje arbeider med sykefravær. Etersom omhandler Helse Bergen, har det vært viktig å innhente informasjon om deres arbeid. Dokumentene som brukes i studien, er rapporter fra SINTEF/KLP og Folkehelseinstituttet, årsmelding 2021 og styresak fra Helse Bergen. Oversikt over dokumentene vil en se i tabell 3 på neste side.

Jeg har utarbeidet et analyseskjema med fem relevante spørsmål for en grundig analyse: forfatter, kontekst, sted og tid, samt hovedpunkter uttrykt i dokumentet. Dimensjonene motivasjon, endring, tilpasning, strategi og strategiske beslutninger vil også være førende for analyseskjemaet. Jeg forventer at ledere har stor innflytelse på hvor motiverte ansatte er i arbeidet sitt og at ledere spiller en sentral rolle i planleggingen av endringsprosesser og beslutningsprosesser.

Type dokument	Dokumenter
Rapport	Folkehelseinstituttet <u>Forskningskartlegging</u> ; Forskning om tiltak for å redusere sykefraværet i arbeidslivet: et forskningskart (oppdatert) 2022 KLP / SINTEF Sykefraværarbeid i sykehus
Årsmelding	Helse Bergen Årsmelding 2021
Styresak 35/22 O	Helse Bergen Metodikk og modell for nærværarbeid

Tabell 3. Oversikt over datagrunnlaget

Dokumentene ble innhentet i tidsrommet fra september til november 2022.

Helsedirektoratets rapport «Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet» og rapporten fra SINTEF skrevet av seniorforskerne Lisbeth Øyum, Solveig Ose og Tove Håpnes ble inkludert tidlig. Dokumenter som omhandlet Helse Bergen, ble grundig lest for å sikre at litteraturen var relevant og at sykefravær og IA-avtalen var et sentralt tema.

4.3.2 Søkemetodikk

Jeg har gjennomført søk i ulike databaser for å finne litteratur om tiltak for reduksjon av sykefravær hos Helse Bergen. Jeg tok også direkte kontakt med Personal- og organisasjonsavdelingen på Haukeland universitetssjukehus via e-post. Jeg fant «Metodikk og modell for nærværarbeid» gjennom søkefeltet til Helse Bergen og denne vil være en sentral kilde for videre analyse. Formålet med søket var å finne tiltak som har blitt benyttet for å redusere sykefraværet og om IA-avtalen hadde en positiv effekt på reduksjonen. Jeg benyttet ulike kombinasjoner av søkeord: sykefravær, IA-avtalen, inkluderende arbeidsliv, reduksjon av sykefravær, tiltak mot sykefravær, Helse Bergen og forbedring av sykefravær. Jeg har brukt mye tid på å gå gjennom og avklare om litteraturen for denne studien har vært relevant for mitt formål. Derfor har jeg utarbeidet ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier,

med det formålet å inkludere relevante dokumenter og forsøke å ekskludere dokumenter som ikke er like relevante.

Inkludering av litteratur fra 2016 til 2022 er viktig på grunn av endringer i IA-avtalens virkemidler fra 2019 til 2022. Det er avgjørende å inkludere litteratur som viser tiltak for å redusere sykefravær på individ-, organisasjons- og samfunnsnivå for å forstå hvordan Helse Bergen jobber. Valg av norsk, engelsk eller et annet skandinavisk språk i inkludert litteratur er ønskelig for å unngå språkproblemer og misforståelser. Det er også vesentlig å inkludere bransjeperspektivet fra helse- og omsorgssektoren for å få en inngående forståelse av arbeidet med å redusere sykefravær, spesielt av sykehus. Inkludering av forskningskart om sykefravær er nødvendig for å sikre oppdatert kunnskap om studiens overordnede problemstilling. Dokumenter som ikke er relevante for norske arbeidsplasser er ekskludert fra studien på grunn av manglende overførbarhet. Dette skyldes behovet for å ta hensyn til kultur, samfunn og andre faktorer som kan påvirke sykefravær på norske arbeidsplasser.

4.3.3. Styrker og svakheter med dokumentanalyse

Dokumentanalyse anses som en effektiv metode fordi den fokuserer på å velge ut data, heller enn å samle inn data. En annen styrke er at dokumenter ofte er offentlig tilgjengelig. Jeg brukte kun offentlig tilgjengelige dokumenter i min analyse. Dokumentene var tilgjengelig ved Google-søk og gjennom Helse Bergen sin egen nettside. Videre er dokumenter upåvirket av forskningsprosessen, noe som gjør dem stabile. Likevel har dokumentanalyse begrensninger, da mitt perspektiv kan påvirke utvalget og tolkningen av tekstene. Derfor har jeg forsøkt å være så objektiv som mulig og vurdert de ulike kildene opp mot hverandre.

4.3.4 Intervju

Etttersom jeg interessert å innhente mer detaljert informasjon om meninger og refleksjoner knyttet til studiens tema, er intervju mer hensiktsmessig enn et strukturert spørreskjema. Kvale og Brinkmann (2021) hevder at intervju bør velges når studien omhandler ulike aspekter ved menneskelige erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 135), og problemstillingen min fokuserer på å finne menneskelige erfaringer og meninger knyttet til dette. En svakhet med intervjuer er at de kan være svært tidkrevende, og intervjuerens

kompetanse kan påvirke intervjuet ved at en ikke stiller de «riktige» spørsmålene som er relevante for å besvare studiens problemstilling. Nervøsitet kan også føre til at intervjueren ikke følger intervjuguiden nøye nok. For å stille mer forberedt, gjennomførte jeg øvingsintervju. Jeg oppdaget at noen av spørsmålene var like og trengte forbedring, samtidig som jeg fikk pekepinn på hvilke spørsmål som la opp til korte svar og hvilke som hadde potensial for mer refleksjon.

Intervjuformen som brukes er basert på en intervjuguide og gir fleksibilitet til å tilpasse intervjuet og dykke dypere inn i emner der det mangler informasjon. Denne intervjumetoden kalles et semi-strukturert intervju. Utfordringen er å opprettholde en balanse mellom det å være åpen og følge en struktur og samtidig være lukket nok til å belyse alle sider man ønsker å ta opp, men også åpent nok til at informanten selv kan komme med relevant informasjon.

Gjennom intervju har jeg mulighet til å undersøke grundigere ulike temaer og sider som jeg som forsker anser som viktige for å besvare problemstillingen i studien. Formålet med intervjuene har vært å undersøke *hvordan Helse jobber Bergen med å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet*. Intervju gir meg mulighet til å innhente omfattende og beskrivende informasjon om informantenes tanker, meninger og erfaringer knyttet til studiens overordnede problemstilling, basert på spørsmål fra intervjuguiden. Målet er å få informantenes synspunkter angående sykefravær og IA-avtalen, samt belyse ulike aspekter ved konkrete tiltak som Helse Bergen benytter.

4.3.5 Intervjuguide: Bakgrunn, presentasjon og begrunnelse

Bakgrunnen for den ferdigstilte intervjuguiden springer ut av min forskningsinteresse for et fenomen som har utviklet seg til å bli et samfunnsproblem – nemlig sykefravær. Jeg har lyst til å fordype meg i et område som ikke bare rammer individet selv, men også samfunnet som helhet. I 2021 deltok Norge i en undersøkelse med ti andre høyinntektsland, målet var å sammenligne helsevesenet. Funnene fra undersøkelsen viste at Norge, Nederland og Australia var blant landene med det meste helsevesenet (Schneider, Shaha, Doty, Tikkanen, Fields & Williams, 2021), likevel har Norge høyest sykefravær sammenlignet med andre

land⁹. I 2018 mottok Faktisk.no påstanden om at *Norge har verdens høyeste sykefravær*. Tall fra Eurostat, fant de bevis på at påstanden var sannferdig ifølge Bergsaker (2018). Dette vekket min interesse, da regjeringen sammen med partene i arbeidslivet i 2001, utarbeidet en avtale om et mer inkluderende arbeidsliv som skulle ha til hensikt å redusere sykefraværet.

En intervjuguide dekker sentrale temaer og spørsmål som til sammen belyser de viktigste områdene som studien tar sikte på å undersøke. Jeg må nøye vurdere mine mål med intervjuet og hvilken type data jeg ønsker å samle inn fra informantene. Det er fordi det er informantene i studien som bestemmer hvilken informasjon jeg som forsker skal motta. Etter å ha gjennomført intervju med informant 1 reviderte jeg intervjuguiden i noen grad. Det var fordi jeg ønsket at dimensjonene *motivasjon, endring og tilpasning, strategi og strategiske beslutninger* skulle få mer plass enn tidligere. Derfor har intervjuguiden blitt justert. De mest essensielle spørsmålene har likevel blitt stilt til alle mine informanter. Jeg har også stilt oppfølgingsspørsmål til informantene for å innhente tilleggsinformasjon fra. Det har ført til at jeg ikke har fulgt guiden systematisk, og jeg har måttet gå tilbake for å stille flere spørsmål.

4.4.6 Rekruttering av informanter

Inkluderings- og ekskluderingskriteriene er basert på studiens problemstilling. Med høyt sykefravær i helsesektoren valgte jeg å sette søkelys på Helse Bergen, som er en stor organisasjon. Jacobsen (2022) presenterer at inklusjons- og eksklusjonskriterier fungerer slik at populasjonen deles inn i undergrupper, der noen defineres som aktuelle å undersøke, mens andre er uaktuelle (Jacobsen, 2022, s. 194). Enhetene jeg ønsket å inkludere var individer med personalansvar som linjeledere, klinikkdirektører eller ansatte i Personal- og organisasjonsavdelingen. Personal- og organisasjonsavdelingen er sykehusets samlende fagmiljø for rådgivning og utviklingsstøtte innenfor HR-området. Et annet kriterium var et ønske om å innhente informasjon fra representanter som taler på vegne av arbeidstakerinteressene i saker knyttet til arbeidsmiljøet. Utvalget har også hatt innslag av snøballmetoden. Gjennom informant 1 fikk jeg tips og ideer til hvilke andre informanter som

⁹ Ulike perspektiver på sykefravær – hentet 02.03.2023
<https://www.idebanken.org/innsikt/artikler/arsaker-til-sykefravaer>

kunne ha vært interessante. En svakhet med snøballmetoden som utvalgsmetode er at det ikke er noen garanti for å få noen resultater.

I august 2022 sendte jeg en søknad til NSD for tillatelse til å oppsøke aktuelle informanter til min studie. Samme måned fikk jeg bekreftelse på godkjenningen. I starten av september sendte jeg en e-postforespørsel til ansatte i Helse Bergen angående deltakelse i mitt forskningsprosjekt. Responsen på e-posten var dessverre avvisende, og oppstart av intervjuer tok lengre tid enn forventet. Jeg tok igjen kontakt med Helse Bergen angående dokumenter som kunne ha vært relevante for dokumentanalysen. E-postkorrespondansen resulterte i en telefonsamtale, som viste seg å være avgjørende. Telefonsamtalen resulterte i forslag til dokumenter, samt intervju med en ansatt på Personal- og organisasjonsavdelingen. Etter mitt første intervju, spurte Informant 1 om jeg hadde planlagt flere intervjuer. Jeg informerte om at jeg hadde sendt invitasjoner til fem klinikkdirektører, men at jeg dessverre ikke hadde mottatt noen svar. Jeg uttrykket også et ønske om å intervju ytterligere tre personer, enten ledere eller andre ansatte som kunne gi innsikt i hvordan Helse Bergen håndterer sykefravær.

Informant 1 informerte meg om at jeg ville bli kontaktet på et senere tidspunkt angående mulige informanter. 4. november 2022 mottok jeg en e-post fra Informant 1, som videreformidlet at en ikke hadde lyktes med å finne noen ledere, men lurte derimot på om jeg var interessert i å snakke med noen fra foretakshovedverneombudet (FHVO). Det takket jeg ja for å få perspektiver fra begge «sider» av organisasjonen. FHVO har det koordinerende ansvaret for verneombudet, og hver klinikk eller divisjon ved foretaket har sitt eget hovedverneombud (HVO), HOVs hovedoppgave er å ivareta arbeidstakerens interesser i saker som omhandler arbeidsmiljøet (Helse Bergen, 2021)

Verneombudets oppgaver er etter §6-2¹⁰ ledd 1; *å ivareta arbeidstakerens interesser som angår arbeidsmiljøet. Verneombudet skal se til at virksomheten er innrettet og vedlikeholdt, og at arbeidet blir utført på en slik måte som tar hensyn til arbeidstakerens sikkerhet, helse og velferd er ivaretatt i samsvar med bestemmelse i denne lov.*

¹⁰ Arbeidsmiljøloven, 2005, §6-2

¹¹§ 6-2 ledd 4; *Verneombudet skal tas med på råd under planlegging og gjennomføring av tiltak som har betydning for arbeidsmiljøet innenfor ombudets verneområde, herunder etablering, utøvelse og vedlikehold av virksomhetens systematiske helse-, miljø og sikkerhetsarbeid.*

Studien manglet mer konkret informasjon om hvordan Helse Bergen arbeider rundt IA, og hvilken effekt IA-avtalen har hatt på sykefraværet. Jeg kontaktet derfor informant 1 og 2 på nytt via e-post med et ønske om å få kontaktinformasjon til noen som har ledet arbeidet med IA i Helse Bergen. Dette resulterte i at jeg fikk et intervju med informant 3 mandag 06.02.2023.

Gjennom dialog med informant 3 via e-post fikk jeg tilsendt kontaktinformasjon til fire enheter/avdelinger som har benyttet bransjeprogrammet «Der skoen trykker». Søndag 29. januar sendte jeg en e-post med forespørsel om deltakelse i mitt prosjekt. 03.02.2023 fikk jeg tilbakemelding fra én av enhetene om at prosjektet hørtes spennende ut, men vedkommende dessverre ikke hadde tid eller mulighet til å delta. Samme dag mottok jeg en annen e-post med bekreftelse fra informant 4 om at vedkommende ønsket å delta i mitt prosjekt. Til sammen ble 4 informanter intervjuet som er fremvist i tabell 4.

Intervjuobjekter	Intervjudato	Intervjulengde
Informant 1	28.10.2022	96 minutter
Informant 2	01.12.2022	42 minutter
Informant 3	06.02.2023	76 minutter
Informant 4	13.02.2023	54 minutter

Tabell 4. Liste over studiens informanter

4.4 Reliabilitet og validitet

Datakvalitet er avgjørende for å kunne trekke pålitelige og meningsfulle konklusjoner fra dataene. Kvaliteten på dataene kan påvirkes av ulike faktorer, slik som kilden til dataene og

¹¹ Arbeidsmiljøloven, 2005, §6-2

innsamlingsmetoden. Hvis datakvaliteten er lav, kan det føre til feilaktige beslutninger og svekke tilliten til dataene som brukes. Derfor er det viktig å ha gode verktøy for å sikre god datakvalitet. I dette underkapittelet skal vi se nærmere på ulike faktorer som påvirker datakvaliteten gjennom begrepene reliabilitet og validitet.

4.4.1 Reliabilitet

Johannessen et al. (2021) fremhever at reliabilitet er knyttet til undersøkelsens data, herunder hvilke data som brukes, hvordan de samles inn, og hvordan de bearbeides. Det er høy reliabilitet dersom undersøkelsesopplegget gir samme type data. Dette kan styrkes gjennom inngående beskrivelser av konteksten eller ved å utarbeide en åpen fremstilling av fremgangsmåten gjennom hele forskningsprosessen (Johannessen et al. 2021, s. 256). Dersom variasjonene i dataene skyldes undersøkelsesopplegget, kan det føre til lav reliabilitet. For å unngå dette er det nødvendig å gjøre en grundig og systematisk datainnsamling. Jeg har forsøkt å sikre dataens pålitelighet i denne studien ved å stille mange av de samme spørsmålene til alle mine informanter. Dette har jeg gjort for å fange opp manglende data i materialet.

Det er viktig å være klar over at reliabiliteten kan påvirkes når man benytter snøballmetoden for datainnsamling. Det skyldes at metoden går ut på at man spør utvalget om å identifisere andre mulige informanter som kan være interessante for studien slik at man ikke kan garantere at den samme tilnærmingen gir likt utvalg ved replikasjon og heller ikke like resultater. Som en negativ konsekvens kan det resultere i en skjevhet i utvalget, siden det er den første informanten som identifiserer andre mulige informanter. For å styrke reliabiliteten har jeg benyttet flere kilder som har vært med på å identifisere potensielle informanter. Samtidig har informantene gitt meg kontaktinformasjon til personer jeg kan kontakte.

Alle intervjuene ble tatt opp, og fullstendig transkribering ble gjennomført kort tid etter at intervjuene ble holdt. Dette har bidratt til å sikre datamaterialet i etterkant, noe som er med på å styrke reliabiliteten i studien. En svakhet med reliabiliteten er at alle studiens informanter er anonyme. På bakgrunn av dette vil det være vanskelig å etterprøve studien for andre forskere, siden de ikke vet hvem informantene er. På tross av dette er det likevel

mulig å intervju personer som besitter samme stilling som informantene i denne studien gjorde på tidspunktet da intervjuene ble gjennomført. Videre vil jeg argumentere for at reliabiliteten av studien er høy, da det er stor sannsynlighet for at studiens resultater ville vært omtrent like dersom en annen forsker hadde utført studien på samme tidspunkt som jeg gjorde.

4.4.2 Validitet

Validitet er knyttet til resultatene av forskningen og hvordan vi tolker data. Silverman (2014) argumenterer at validiteten kan styrkes gjennom å beskrive det «*teoretiske ståstedet som representerer grunnlaget for våre tolkninger, og vise hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonene og tolkningene vi har kommet frem til*» (Silverman, 2014, s. 84).

For å sikre høyest mulig intern validitet og kvalitet i studien, er det avgjørende å velge kilder som gir mest informasjon for å besvare problemstillingen. Det er derfor viktig å være kritisk i valget av dokumenter og informanter som skal brukes. Jeg har derfor forsøkt å finne informanter som har mest relevant kunnskap og erfaring i forhold til min problemstilling. Videre har jeg prøvd å velge dokumenter som er mest relevante, og som har pålitelig informasjon om emnet. Det er også viktig å stille gode spørsmål som knytter seg til studiens formål. Som et hjelpemiddel under intervjusituasjonen hadde jeg på forhånd utarbeidet en intervjuguide som skulle hjelpe meg med å gå igjennom alle temaer og spørsmål som jeg ønsket å dekke. Alle informantene i denne studien er knyttet til hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefraværet. Jeg vil derfor argumentere for at det er høy intern validitet i studien. Dette skyldes at informantene har enten utarbeidet tiltakene selv, ledet sykefraværsarbeidet, eller har et lederansvar på en avdeling som medfører ansvar i sykefraværsarbeidet. Dokumentene og intervjuene har blitt brukt for å styrke intern validitet. Ved å benytte to ulike kilder av data og sammenligne dem, har jeg forsøkt å øke påliteligheten av informasjonen. Dette bidrar til at resultatene blir mer pålitelige og troverdige. Sammenligning av datakilder er en viktig del av enhver analyseprosess og bidrar til å øke påliteligheten og troverdigheten til resultatene.

Ekstern validitet handler om hvorvidt forskningsprosjektets funn er gyldige for lignende fenomener (Johannessen et al., 2021). I denne studien finner vi at ledelse og motivasjon har

noe å si. Dette er en forventning vi kan ta med videre inn i andre undersøkelsesopplegg. Samtidig er studien overførbart til andre helseforetak som er innenfor samme bransje. Det er fordi mye av det som handler om ledelse og motivasjon, endring og tilpasning, samt strategi og strategiske beslutninger kan overføres til andre sektorer og lar seg undersøkes. Med det viser studien til overførbart, det betyr ikke nødvendigvis at den generaliseres til andre caser, men at det er en overførbart. Siden jeg har brukt en kvalitativ metode, er det viktig å merke seg at statistisk generalisering ikke er mulig eller er et formålet. Jeg vil likevel argumentere for at teoretisk generalisering er det endelige målet for min studie.

Jeg har lagt vekt på å gi en detaljert beskrivelse av studiens kontekst og setting, inkludert informasjon om sykehusbransjen og organisasjonens størrelse som er tydelig fremstilt i empirikapittelet. Det er for å hjelpe leseren med å forstå studiens relevans for deres egne områder og vurdere om resultatene kan overføres til deres egen situasjon Samtidig har jeg forsøkt å øke ekstern validitet ved å nøye gjennomgå hele rekrutteringsprosessen. Dette skyldes at informantene i studien er fra ulike avdelinger, og deres erfaringer kan gi et mer helhetlig perspektiv på hvordan Helse Bergen arbeider med å redusere sykefravær. Dette kan styrke studiens eksterne validitet, fordi dataene fra informantene kommer fra individer som enten har etablert strategiene som Helse Bergen skal føre eller jobber tett knyttet opp mot sykefraværarbeid og IA-avtalen. Det kan derfor tenkes at den eksterne validiteten er høy fordi en kan forvente at de har kunnskaper om forhold knyttet til reduksjon av sykefravær og IA-avtalen.

4.5 Forskningsetikk

Jacobsen (2022) benytter Den nasjonale forskningsetiske komité når en skal definere forskningsetiske retningslinjer «*Verdier, prinsipper, normer og institusjonelle ordninger, som til sammen bidrar til å konstituere og regulere vitenskapelig virksomhet*» (Jacobsen, 2022, s. 48). I forskning kan det oppstå etiske spørsmål og dilemmaer. Det er derfor viktig at jeg som forsker ivaretar ulike hensyn under studien.

I august 2022 sendte jeg inn en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for å få godkjenning til å gjennomføre intervjuer. Intervju innebærer kontakt med ulike individer, det er derfor viktig å ivareta informantenes personvern under studien. Førstekontakten med

informantene ble gjort via e-post, hvor jeg presenterte meg selv, ga en kort beskrivelse av prosjektet, og beskrev hvordan dataene vil bli behandlet. Jeg la ved en PDF-fil med tittelen «Vil du delta i mitt forskningsprosjekt», som inneholdt en mer detaljert beskrivelse av prosjektet og et samtykkeskjema for å delta. Intervjuet med informant 3 ble gjennomført via Teams, og svar på samtykkeskjemaet ble sendt til meg via e-post. De resterende informantene ga samtykke på samtykkeskjemaet som jeg hadde skrevet ut før intervjuet. Alle informanter samtykket til at det bli tatt lydopptak av intervjuene. Lydopptak og annen data fra intervjuene har blitt oppbevart trygt og vil bli slettet etter at oppgaven er ferdigstilt den 1. juni 2023.

4.6 Oppsummering

Dette kapitlet har gjort rede for studiens metodiske tilnærming. Jeg har begrunnet valg av kvalitativ metode, datagrunnlaget herunder dokumentanalyse og intervju. Videre har jeg presentert bakgrunn og begrunnelse for intervjuguiden. Det er fordi spørsmålene fra intervjuprosessen vil stå sentralt i empirikapittel og videre inn i analysen. Jeg har samtidig beskrevet rekrutteringsprosessen av informanter nøye, dette er for å øke reliabiliteten i studien. Til slutt har jeg beskrevet hvordan jeg ønsker å oppnå best mulig kvalitet på dataene som benyttes i studien. Kvalitativ metode gir meg muligheten til å få nær innsikt til det jeg studerer. Sammen med intervju, gir dokumentanalyse mulighet for større rekkevidde av informasjon. Det har derfor vært viktig for meg å finne relevante kilder som passer for min problemstilling.

5.0 Systematikk og forebyggende sykefraværarbeid

Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?

For å opprettholde høy kvalitet på helsetjenestene som tilbys, er det viktig å redusere sykefraværet i Helse Bergen. Høyt sykefravær kan føre til økte kostnader, redusert tjenestekvalitet og stress. Derfor er det viktig å finne tiltak som reduserer sykefraværet til Helse Bergen. Formålet med dette kapittelet er å undersøke hvilke tiltak og aktiviteter organisasjonen benytter for å redusere sykefraværet, og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet. For å nå dette målet, har offentlige dokumenter som omhandler sykefravær og IA-avtalen blitt analysert, i tillegg til at nøkkelpersoner har blitt intervjuet. For å gi en stemme til informantene og sikre validitet, siterer jeg fra intervjuene og gjenforteller deres svar med egne ord. Funnene fra dokumentanalysen og intervjuene danner grunnlaget for analysen og konklusjonen i studien.

I avsnittet «5.1 Empirisk gjennomgang av offentlige dokumenter» tar jeg utgangspunkt i dokumentene som er benyttet, men inkluderer likevel informantenes stemme for å belyse konteksten. Informant 1 og 2 har derfor blitt trukket inn. Kapittelet vil ta utgangspunkt i de dimensjonene som ble presenterte i teorikapittelet under avsnitt 3.1.

Først vil jeg gi en oversikt over Helse Bergen som organisasjon, med utgangspunkt i Årsmeldingen for 2021. Helse Bergen har en flat ledelsesstruktur og totalt 30 direktører på divisjons-, klinikk- og avdelingsnivå som rapporterer direkte til administrerende direktør. Organisasjonen har over 13 000 ansatte som jobber for å sikre at pasienter får riktig behandling etter behov. Helse Bergen fokuserer på pasientsikkerhet og ønsker samtidig å skape et godt arbeidsmiljø. Videre jobber Helse Bergen med å forbedre sitt tilbud for å kunne benytte ressursene på en mer effektiv måte.¹² I perioden 2020-2021 hadde Helse Bergen et sykefravær som var høyere enn gjennomsnittet de siste ti årene, med en prosentandel på 7,5 prosent. Dette vises i tabell 5, som illustrerer utviklingen i det totale sykefraværet fra 2016 til 2021.

¹² Om oss – lest 24.01.23

<https://helse-bergen.no/om-oss>

ÅR	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sykefravær i prosent	7,5 prosent	7,4 prosent	7,4 prosent	7,5 prosent	8,0 prosent	8,5 prosent

Tabell 5 Det totale sykefraværet i perioden 2016 – 2021 (Årsmelding 2021, s 26).

Et av de tiltakene som Helse Bergen bruker for å evaluere arbeidsmiljøets kvalitet, er ForBedringsundersøkelsen. Undersøkelsen gir en oversikt over enhetenes arbeidsmiljø, helse, miljø og sikkerhet, samt pasienttrygghetskultur. Resultatene fra undersøkelsen brukes til å utvikle målrettede forbedringstiltak der det er behov, og danner grunnlag for videre utredninger og handlingsplaner (Årsmelding 2021, s. 24)

Helse Bergen har deltatt i bransjeprogrammet IA i sykehus, som har to hovedområder: forebyggende arbeidsmiljøarbeid under «Der skoen trykker»¹³, og «Tidlig og tett på» som fokuserer på langvarig og/eller gjentakende, hyppig fravær¹⁴. Det er fire enheter har tatt i bruk metodikken «Der skoen trykker» og det var mellom 50 og 100 ansatte som deltok. Én enhet gjennomførte omstillinger i perioden prosjektet pågikk, og en annen enhet fikk ny leder. Kliniske enheter og en støtteenhet deltok i prosjektet. Videre planlegger Helse Bergen å ta i bruk, systematisere og forbedre ulike metodikker rettet mot å redusere sykefraværet og øke nærværet, gjennom #RåBra, HelseIArbeid og ekspertbistand¹⁵.

5.1 Empirisk gjennomgang av offentlig dokumenter

5.1.1 Metodikk og modell for nærværarbeid

Styresak 35/22 «Metodikk og modell for nærværarbeid» ble publisert i april 2022. Forslaget til vedtak er basert på målet om å redusere sykefraværet i Helse Bergen. Selv om IA-arbeidet ikke er hovedfokus i vedtaket, blir det likevel nevnt som et element som kan bidra til å øke nærværet i organisasjonen.

¹³ IA – Der skoen trykker. Lest 01.02.23 - <https://derskoentrykker.no/>

¹⁴ IA – Tidlig og tett på. Lest 01.02.23 - <https://xn--tidligogtett-1fb.no/>

¹⁵ Knapskog (u.å). Erfaring med bruk av «Der skoen trykker» i Helse Bergen [Powerpoint]. Lest 30.01.23

«Erfaringer fra de som har lykket godt med å øke nærværet viser at et sentralt grep er å systematisk øke fokuset på sykefravær og jobbe målrettet med tiltak som er tilpasset enhetens muligheter for å øke nærvær (...)» (Styresak 35/22 O, 2022, s. 3)

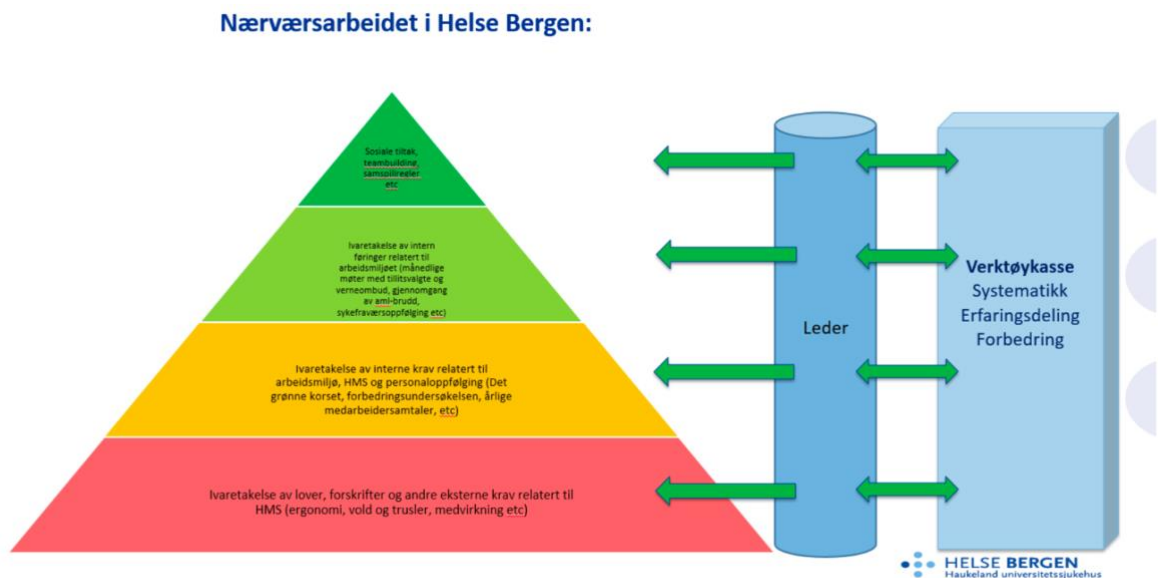
Styresak 35/22 O (2022) understreker at fokuset må være på å øke nærværet, noe som vil føre til en reduksjon i sykefraværet. Tiltakene må derfor være tilpasset hver enkelt avdeling, da det kan være variasjoner i utfordringene de står overfor, og det er derfor ikke gitt at et enkelt tiltak eller en gruppe tiltak vil ha samme effekt på alle avdelingene. Videre påpeker styresaken at et tett og godt samarbeid mellom ledelsen, verneombudet og tillitsvalgte (trekantsamtaler) er avgjørende for å lykkes i arbeidet. Det store spørsmålet som styresaken tar opp er: *«Når fraværet har vært så stabilt de siste 10 årene, på tross av en rekke tiltak og aktiviteter knyttet til forebygging og oppfølging, er spørsmålet hvordan vi skal innrette oss for å få ett lavere fravær i årene som kommer» (Styresak 35/22 O, 2022, s. 3).*

Helse Bergen har gjennomført intervjuer med sine egne ansatte, inkludert ledere. Resultatet av undersøkelsen var et ønske om *«en metode som økte fokus på arbeidet med nærvær som en del av daglig gjøremål» (Styresak 35/22 O, 2022, s. 4).*

Konkret ønsket man seg flere virkemidler som kunne brukes i arbeidet, som kurs, tilrettelegging, maler og mer oversiktlig informasjon. Styresak 35/22 O uttrykker at *«et systematisk fokus på nærvær i alle nivåene i foretaket vurderes til å kunne gi positive effekter for nærværet» (Styresak 35/22 O, 2022, s. 4).* Det understrekes at et slikt arbeid krever tid, og det er derfor viktig at ledere og enheter som opplever gode resultater, deler sine erfaringer. På den måten kan de også fungere som en motivasjon for andre enheter i arbeidet med reduksjon av sykefraværet.

Tiltakene for å redusere sykefraværet er sammensatte, og for å jobbe systematisk med nærværsarbeidet har Helse Bergen startet et arbeid for å gjøre det mer oversiktlig. Informant 2 uttrykker at *«Det har nettopp kommet en ny side på nettet om nærværsarbeid, og den ser veldig mye på det forebyggende, og dette med å se på det grunnleggende og det systematiske HMS arbeidet».*

Styresak 35/22 O (2022) illustrerer de ulike tiltakene som må iverksettes for å oppnå et vellykket nærværarbeid og redusere sykefraværet i Helse Bergen.



Figur 2. Nærværarbeid i Helse Bergen (Styresak 35/22 O, 2022, s. 4).

Figur 2 viser at for å oppnå et vellykket nærværarbeid må de grunnleggende behovene dekkes. Det røde nivået representerer ivaretagelse av lover, forskrifter og andre eksterne krav knyttet til HMS. Det oransje nivået omfatter iverksettelse av interne krav knyttet til arbeidsmiljø, HMS og personaloppfølging. Det lysegrønne nivået omhandler iverksettelse av interne retningslinjer knyttet til arbeidsmiljø, inkludert oppfølging av sykefravær, månedlige møter med verneombud og tillitsvalgte, og gjennomgang av arbeidsmiljøbrudd. Det mørkegrønne nivået viser sosiale tiltak og teambuilding.

For å oppnå vellykket arbeid må det laveste nivået være dekket og sikret, slik at de videre nivåene kan ha en effekt. For at ledelsen på de ulike avdelingene og enhetene skal kunne forbedre arbeidsmiljøet, er det viktig at ledelsen selv har forståelse for hvilke faktorer som utgjør byggesteinene for et godt arbeidsmiljø.

«Sosiale tiltak for å øke nærværet har liten effekt dersom et trygt arbeidsmiljø ikke er

ivaretatt, i forhold til lover og forskrifter» (Styresak 35/22 O, 2022, s. 5).

Styresak 35/22 O (2022) påpeker at det er varierende resultater på hvilke nærværestiltak som fungerer best i sin helhet. Likevel er Helse Bergen enig om at å sette fokus på nærvær i seg selv bidrar positivt.

«Målet framover må derfor være å holde dette fokuset i hele virksomheten og etablere tydelige strukturer for å sikre dette. Man må sikte på at fokuset kontinuerlig forsterkes ved at man opplever resultater og arbeidet som formålstjenlig. Blir det sett på som enda et punkt som bare skal sjekkes av på en lang liste med lederoppgaver, vil fokuset fort forsvinne.» (Styresak 35/22 O, 2022, s. 5).

Helse Bergen viser også en endring i diskusjonen knyttet til sykefravær. Gjennom årlige gjennomganger av sykefraværet i arbeidsmiljøutvalget (AMU), vil det nå diskuteres og gis informasjon om tiltak for å fremme nærvær og oppfølging av sykefravær. Tidligere har det vært et større fokus på kvantitativ informasjon i form av statistikk.

5.1.2 Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet: Et forskningskart

I 2021 fikk Folkehelseinstituttet i oppdrag fra NAV å utarbeide en forskningskartlegging om arbeidsrettede tiltak for sykemeldte. Å være utenfor arbeidslivet kan ha samfunnsmessige kostnader og negative konsekvenser for den enkelte. Jacobsen Jardim, Nygård, Muller, Harboe og Holte (2022) skriver i forskningskartleggingen at norske arbeidsplasser har ulike tiltak som skal bidra til å øke sjansene for å komme raskere tilbake i arbeid.

Noen av tiltakene inkluderer dialogmøter og «HelseArbeid», som tidligere ble kalt «Raskere tilbake». Helse Bergen skriver på sin egen nettside følgende:

«HelseArbeid er en del av tilbudet Helse og arbeid, og er et samarbeid mellom helsetjenesten og NAV. Formålet er å gi rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og arbeidsfokuset avklaring.. (...)» (Helse Bergen, 2023).

Tabell 6. viser hvordan Helse Bergen systematisk følger opp sykefravær med mål om å få den sykemeldte eller den som står i fare for sykefravær, raskere tilbake i arbeid. Ifølge Jacobsen Jardim et al. (2022) kan dialogmøter bidra til å redusere sykefraværet. Disse møtene er obligatoriske for alle sykemeldte og omhandler oppfølgingsplaner og eventuell iverksetting av andre tiltak. Tabell 6 fremstiller hvordan Helse Bergen systematisk oppfølger sykefravær blant arbeidstakerne.

Tidsfrister	Oppgaver	Hvem gjør hva?	Ressurser
1. dag	Arbeidstaker melder umiddelbart fra til leder om forventet fravær.	Arbeidstaker skal umiddelbart informere nærmeste leder om sykefravær i henhold til gjeldende regler og rutiner i egen enhet. Leder fører i GAT.	GAT
2.-8 dag	Arbeidstaker informerer og leverer digital sykemelding. Leder skal ta kontakt med arbeidstaker hvis fraværet går over flere dager. Skal starte utfylling av digital oppfølgingsplan.	Arbeidstaker har ansvar for å informere evt. levere digital sykemelding. Leder skal så tidlig som mulig vurdere om det er mulig å tilrettelegge for at sykemeldt arbeidstaker kan være i aktivitet i virksomheten.	Digital fraværsoppfølgingsplan Manuell fraværsoppfølgingsplan Personalhåndbok: Sykefravær
Innen 4 uker:	Leder skal ta jevnlig kontakt med arbeidstaker. Leder skal i samarbeid med arbeidstaker utarbeide digital oppfølgingsplan som skal inneholde: <input type="checkbox"/> Vurdering av arbeidstakerens arbeidsoppgaver og arbeidsevne. <input type="checkbox"/> Aktuell tilrettelegging eller tiltak i arbeidsgivers regi evt. med virkemidler fra NAV. <input type="checkbox"/> Plan for videre oppfølging (Manuell oppfølgingsplan kan brukes unntaksvis)	Leder må dokumentere oppfølging og evaluere aktivitet gjennom hele sykefraværet. Oppfølgingsplan skal lagres i Elements ved fraværsperiodens slutt. <input type="checkbox"/> Kopi av oppfølgingsplanen deles/sendes sykmelder innen fire uker. Arbeidstaker skal: <input type="checkbox"/> informere om egen funksjonsevne. <input type="checkbox"/> bidra til å finne løsninger som gjør det mulig å komme raskest mulig i arbeid. <input type="checkbox"/> være innstilt på å gjøre andre arbeidsoppgaver hvis det kan bidra til raskere tilbakevending.	Digital fraværsoppfølgingsplan Manuell fraværsoppfølgingsplan Arbeidsoppgaver/ vurdering av arbeidsevne NAV -slik følger du opp sykemeldte NAV -slik følger du opp sykemeldte NAV kontakt for leiarar i Helse Bergen
Uke 4-6.	Videre oppfølging av sykemeldt. Forberedelser til Dialogmøte 1 Unntak når det er åpenbart unødvendig.	Leder kaller inn ansatt og evt. BHT og sykmelder til <i>dialog 1 møtet senest i uke 6.</i>	Åpenbart unødvendig- presisering fra NAV Brevmal - innkalling sykemeldt til dialogmøte 1
Innen 7 uker:	Dialogmøte 1 Lovpålagt for alle helt sykemeldte. Dialogmøtet skal omhandle innholdet i oppfølgingsplanen, evaluere igangsatte tiltak og avklare om det er aktuelt med andre tiltak	Leder er ansvarlig for møtet Arbeidstaker har medvirkningsplikt, opplyse om arbeidsevne og bidra med evt. (nye) forslag til tiltak. Bedriftshelsetjenesten kan delta, være rådgiver og veileder Sykmelder kan møte,	HelseArbeid

	på arbeidsplassen. Oppfølgingsplanen revideres av leder og ansatt.	dersom leder og arbeidstaker, eller arbeidstaker alene ønsker dette.	
2-6 mnd:	Oppfølging med evaluering av tiltak og effekt.	Leder skal ta jevnlig kontakt med arbeidstaker. Det anbefales minimum 1-2 møter i perioden. Bedriftshelsetjenesten kan kontaktes for rådgivning og veiledning. Arbeidstaker har medvirkningsplikt	Bedriftshelsetjenesten
Innen 6 mnd:	Dialogmøte 2 Temaet er oppfølgingsplanen og muligheter for løsninger på arbeidsplassen samt om det er behov for rehabilitering eller yrkesrettet attføring.	NAV kaller inn arbeidsgiver og arbeidstaker til dialogmøte 2. Bedriftshelsetjenesten kan kontaktes for rådgivning/veiledning. Sykemelder deltar hvis hensiktsmessig. Leder skal dele/sende revidert oppfølgingsplan til NAV før dialogmøte 2.	NAV -dialogmøte 2 og 3
6-12 mnd:	Evaluering av tiltak og effekt. Arbeidstaker må søke opplysning hos eget lokalt NAV kontor og/eller pensjonskassen (KLP) om ytelser etter "maksdato for sykepenger". NAV kan innkalle til dialogmøte 3 dersom en av partene krever det.	Leder skal ta jevnlig kontakt med arbeidstaker. Bedriftshelsetjenesten kan kontaktes for rådgivning og veiledning. Arbeidstaker har medvirkningsplikt, har selv ansvar for å skaffe seg informasjon om eventuelle ytelser og må selv søke. (Obs behandling av søknad om arbeidsavklaringspenger kan ta flere måneder).	NAV - arbeidsavklaringspenger KLP -informasjon
Innen 12 mnd:	Brev med informasjon om langvarig sykefravær og maksdato <i>sendes fra lønnsseksjonen ca. 3 mnd. før maksdato</i> Etter 52 uker opphører retten til lønn under sykdom fra arbeidsgiver (maksdato).	Leder har ansvar for å stoppe lønn ved maksdato. Bedriftshelsetjenesten kan kontaktes for rådgivning og veiledning. Arbeidstaker må selv kontakte sitt lokale NAV-kontor for å få veiledning.	Informasjonsbrev fra Helse Bergen ved langvarig sykefravær
Etter 12 mnd.:	Fortsatt oppfølging av den sykemeldte. Leder og arbeidstaker skal ha jevnlig kontakt. Se personalhåndboken/oppfølging av sykefravær.	Leder skal informere arbeidstaker om rettigheter og plikter ved fortsatt sykdom og har ansvar for oppfølging av arbeidstakeren til en varig løsning er funnet. Arbeidstaker har medvirkningsplikt.	Oppfølging etter maksdato

Tabell 6. Systematisk oppfølging av sykefravær¹⁶ s 1¹⁶ Systematisk oppfølging av sykefravær, Helse Bergen.Lest 26.01.23 - <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/DOK13109.pdf?fbclid=IwAR34bzuJ1Dq26e3-hDjSc7Evg3rVvESSMhqODcwrK9WDMRurzMkRmeb0A8>

Forskningskartet (Jacobsen Jardim et al., 2022) viser at hovedsatsningsområdet er forebyggende arbeidsmiljøarbeid mot langvarige og/eller hyppige sykefravær. Dette refererer til strategier, tiltak og virkemidler for å fjerne risikofaktorer for arbeidsmiljøbelastninger, med mål om å hindre at disse faktorene fører til fravær eller andre helseplager.

Personalpolitikken til Helse Bergen fremviser prinsipielle og generelle retningslinjer for arbeidet som utføres i en organisasjon med menneskelige ressurser. Helse Bergen skriver i sin Personalhåndbok at

*«Medarbeidere er Helse Bergen HF sin viktigste ressurs. Gjennom lønns- og personalpolitikken ønsker foretaket å legge til rette for ett godt arbeidsmiljø og motivere medarbeidere som kan bruke sine ressurser fullt ut i foretaket. Våre medarbeidere skal være **pålitelig, engasjerte, lojale og arbeidsomme.**»* (Personalhåndboken, u.å¹⁷).

Det er arbeidsgiveren som har det overordnede ansvaret for arbeidsmiljøet. For at Helse Bergen skal kunne redusere sykefraværet til ønsket nivå, er det en forutsetning at det eksisterer et godt arbeidsmiljø fundamentalt. Personalhåndboken beskriver at *«et godt arbeidsmiljø er nødvendig for at Helse Bergen HF skal nå sine mål»*. Uavhengig av om man er leder eller arbeidstaker, har alle ansatte ansvar for å utvikle og opprettholde et godt arbeidsmiljø. Personalhåndboken fremhever fire punkter i dette arbeidet:

- 1. Arbeidsprosessene skal jevnlig evalueres for å sikre god kvalitet, god ressursutnyttelse, og for å unngå uheldig belastning på våre medarbeidere.*
- 2. Reduksjon av sykefravær er et prioritert mål. Medarbeidere og leder skal i fellesskap vurdere arbeidstaker sine muligheter og begrensninger når plager og sykdom inntreffer. Ved langtidsfravær har leder ansvar for tett oppfølging, og arbeidstaker ansvar for å gå aktivt inn i dialog.*

¹⁷ Personalpolitikken i Helse Bergen.

Lest 27.01.23 - <https://cp.compensia.no/helse-vest/helse-bergen-hf-personalhandbok/434020>

3. *Forebygging av sykdom er en prioritert oppgave. Det skal settes økt fokus på nærværarbeid slik at flest mulig skal kunne være til stede på arbeidsplassen og gjøre meningsfulle oppgaver.*
4. *Arbeidsmiljøet følges opp og evalueres i årlige medarbeidersamtaler*

Forskningskartet (2022) og personalhåndboken til Helse Bergen understreker at det er nødvendig for alle parter i avdelingen og organisasjonen å samarbeide for å oppnå et godt og trygt arbeidsmiljø som kan redusere sykefraværet. Helse Bergen har implementert konkrete tiltak som innebærer tett samarbeid mellom verneombudet, ledelsen og tillitsvalgte (trekantsamtaler).

5.1.3 Sykefraværarbeid i sykehus

Tove Håpnes, Solveig Ose og Lisbeth Øyum ved SINTEF har skrevet rapporten «Sykefraværarbeid i sykehus» (2018). Kommunal Landspensjonskasse (KLP) ønsket å bidra til økt kunnskap om risikofaktorer og helsefremmende faktorer i norsk arbeidsliv. Det overordnede formålet med prosjektet var å øke kunnskapen om sykefravær i sykehus.

Flere faktorer må inkluderes i arbeidet med å redusere sykefravær og forbedre arbeidsmiljøet. Håpnes og hennes kollegaer (2018) trekker frem turnusplanlegging og bemanningspraksis og uttrykker at *«mindre justeringer av bemanningspraksisen vil kunne gi store forbedringer i arbeidssituasjonen»* (Håpnes et al. 2018, s. 9). Turnusplanlegging og bemanning er en viktig del av arbeidsorganiseringen innen helsevesenet. Derfor jobber flere avdelinger i Helse Bergen med å sikre en jevn fordeling av vakter, inkludert dagvakter, seinvakter og helgevakter. Samtidig er det viktig å ta hensyn til individuelle behov så langt det er mulig.

«Ledelsen må prøve å lage en turnus som er mest mulig jevn, og bra også videre. Dette er en måte å jobbe med sykefravær på. Det å fordele vaktene eller det å si at du ikke skal jobbe aften dag eller mange sånne ting det er type sykefraværarbeid» (Informant 1).

Arbeidstaker kan bli sykemeldt eller ha fravær grunnet private forhold som helseproblemer knyttet til genetikk, livsstil og eksponering (Håpnes et al., 2018). Likevel er det viktig å

fokusere på ulike forebyggingsområder som kan bidra til å redusere sykefraværet i Helse Bergen. Ifølge Håpnes og hennes kollegaer (2018) er de viktigste områdene for forebygging å ha god kvalitet og systematikk i HMS-arbeidet, samt å rette innsatsen mot risikofaktorer for arbeidsrelatert sykefravær.

«Man jobber med HMS, men jeg tror man gjør det litt sånn stykkevis og delt, og litt på en måte som at det er en del av arbeidslisten. Men det er ikke nødvendigvis slik at man tenker på det som en del av en større sammenheng som jobber med å skape et godt arbeidsmiljø.»
(informant 1)

Hva motiverer? Sykefraværarbeid på sykehus (2018) trekker fram at ansatte opplever mer og større tillit til beslutningene ledere tar, dersom den er faglig forankret, og motiveres til å være i faglige refleksjoner med sin leder og med hverandre. Videre påpeker «Sykefraværarbeid på sykehus» (2018) at medarbeidersamtaler er en viktig arena for å kommunisere med hver enkelt ansatt individuelt. Her kan medarbeideren uttrykke hva som er viktig for dem, hva som motiverer eller hindrer dem på arbeidsplassen. Fra et lederperspektiv gir disse samtalene muligheten til å få oversikt over individuelle behov som kompetansehevingstiltak eller tilpasninger i turnusplanleggingen.

«Ledere kan bli mer systematisk i gjennomføring av både medarbeidersamtaler og personalmøter. Medarbeidersamtaler er et viktig redskap for lederen i å få innsikt i hvordan den enkelte mestrer og motiveres i jobben sin. Det er derfor et godt redskap for å ligge i forkant av eventuelt sykefravær» (Håpnes et al 2018. s 17).

5.1.4 Oppsummering

I april 2022 kom Styresak 35/22 O med vedtak om *Metodikk og modell for nærværarbeid*. Vedtaket kom som et resultat av økende sykefravær og omhandlet hvilken strategi Helse Bergen skulle føre videre for å redusere sykefraværet. Hele organisasjonen skal ta i bruk nærværarbeid og formålet er å øke nærværet. Gjennom å jobbe systematisk og forebyggende, har erfaringer vist at sykefraværet går ned og nærværet øker.

Oppdatert forskningskart fra 2022 påpeker at det å stå utenfor arbeidslivet kan gi uheldige

konsekvenser både for individet selv og for samfunnet rundt. Det er derfor viktig å finne tiltak som fungerer og gjør at individer kan stå lenger i arbeid og unngå å falle utenfor grunnet sykdom. Som beskrevet i Forskningskartet (2022), er «HelseArbeid» et av tiltakene som kan benyttes i arbeidet med å redusere sykefraværet. I likhet med «HelseArbeid» blir dialogduker trukket frem som en annen viktig strategi. Tabell 6 illustrerer hvordan Helse Bergen implementerer dette i praksis i møte med sykemeldinger. Arbeidet med sykefravær er en kontinuerlig prosess, og både Forskningskartet (2022) og Personelhåndboken til Helse Bergen påpeker at det er nødvendig at alle parter i avdelingen samarbeider for å oppnå et godt arbeidsmiljø.

Håpnes og hennes kolleger (2018) fremhever også arbeidsmiljøets betydning for å redusere sykefraværet. Som ansatt på et sykehus kan en stå overfor høyt arbeidspress, og rapporten peker på at turnusplanlegging og bemanning er viktige aspekter ved arbeidsorganiseringen. Dermed er det avgjørende at ledelsen gjennomfører de endringene og tilpasningene som er nødvendige for å opprettholde et forsvarlig arbeidsmiljø. Et godt arbeidsmiljø kan øke motivasjonen, og rapporten påpeker at den enkelte ansatte har større tillit til beslutninger som er faglig forankret. Tillit kan skape motivasjon gjennom samtaler med leder og andre kolleger.

5.2 Empirisk gjennomgang av intervju med nøkkelpersoner

5.2.1 Sykefravær

Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet? var et av spørsmålene jeg stilte alle mine informanter. Svarene var varierte, noe som kan forklares med at alle kom fra ulike avdelinger og hadde ulike ansvarsområder. Likevel trakk alle frem «Der skoen trykker», «Tidlig og tett på», nærværarbeid og partssamarbeid som noen av virkemidlene som blir benyttet.

«(...) Jeg tror det er veldig forskjellig der ute, noen har det høyt på agendaen, mens andre har det nok litt lavere på agendaen. Vi har samtidig noen strategiske føringer, og det finnes type tiltak som blir brukt i varierende grad. Sånn som noen av disse IA- initiativene. På et

overordnet nivå i Helse Bergen har vi benyttet «Der skoen trykker» og, «Tidlig og tett på» som er i oppstartsfasen» (Informant 2).

Alle i Helse Bergen jobber primært med nærværarbeid, og i 2022 kom nærværssiden på Intranett. Intranett er den primære kommunikasjonskanalen på sykehuset utenom de kliniske systemene. Informant 2 forteller at *«Vi har fått en ny side på nettet om nærværarbeid, Den ser veldig mye på det forebyggende og dette med å se på det grunnleggende og systematiske HMS- arbeidet. Her har det blitt sagt at man skal ha partsamarbeid (trekantsamtaler), ta opp sykefravær jevnlig, og man skal risikovurdering med å finne to tiltak som en skal jobbe med.»* Nærværssiden presenterer et skjema som skal bidra til kartlegging og identifisering av tiltak, samt lenke til rapportportalen der enhetene kan finne sitt sykefravær (Knapskog, u.å, s. 4).

Som informant 2, trekker også informant 3 frem partssamarbeid. Jeg stilte derfor spørsmålet om det stemmer at partssamarbeid gjenspeiler seg i mye av arbeidet til Helse Bergen. Informant 3 kunne bekrefte at dette stemte. *«Vi ser på de enhetene der de har etablert samarbeidsmøter en gang i måneden, og har de dette på agendaen så har de ett friskere arbeidsmiljø».*

«Partsamarbeidet består av ledere, tillitsvalgte og verneombudet, som samarbeider for å utveksle informasjon om hva som rører seg i arbeidsmiljøet. De har faste etablerte møter med en fastsatt agenda som inkluderer punkter som temperaturmåling i arbeidsmiljøet og sykefravær (...).» (Informant 3).

Nærværarbeid og partsamarbeid er tett knyttet sammen. Ledere, tillitsvalgte og verneombudet i alle enheter skal vurdere sin egen status i forhold til nærværmodellen. Samtidig skal enhetene utvikle to tiltak for å øke det totale nærværet i enheten. Arbeid med arbeidsmiljø blir sett på som ferskvare. Derfor er målet at nærværarbeid skal foregå kontinuerlig og systematisk slik at det blir integrert i den daglige driften (Knapskog, u.å, s. 4).

Hva mener man om sykefraværet til Helse Bergen, og hva er årsakene til at det oppstår sykefravær hos dere? Sykefravær har lenge vært en utfordring i Helse- og omsorgstjenesten,

og årsaken til at sykehusene har et høyt sykefravær er sammensatt av flere grunner. I intervju med informant 1 tok jeg opp nettopp dette. Informant 1 forteller at *«Årsakene er veldig sammensatte og at det handler litt om hvem vi har som ansatte. Kvinner har vi masse av, og kvinner er mer syke eller sykemeldte enn menn. Vi har arbeidets art som gjør at vi har et høyt sykefravær. Turnus har mye å si, og vi har en type arbeidsform. Vi har mange ute i pleien som har det krevende, fordi du har emosjonelle krav, du har lav kontroll og ett høyt arbeidspress (...)*».

Jeg refererte derfor til Styresak 35/22 O og siterte til alle informantene; **«Når fraværet har vært så stabilt de siste 10 årene, på tross av en rekke tiltak og aktiviteter knyttet til forebygging og oppfølging, er spørsmålet hvordan kan vi innrette oss for å et lavere fravær i årene som kommer»**. Hva tror du er oppskriften? Helse Bergen har gjennom alle år jobbet med å redusere sykefraværet gjennom ulike tiltak. Derfor er det interessant å høre hva informantene selv tenker om mulige løsninger.

«Det er rett og slett å være mer systematisk. En jobber med sykefravær og nærvær på mange ulike måter og plattformer. Man har hatt en veldig liten systematikk tidligere. Vi må sikre et helt grunnleggende arbeidsmiljø, før man begynner med de gøyne tingene som fruktkurv på fredagene. (...)» (informant 1).

«(...) Om en ser på erfaringer fra «Der skoen trykker», har den blitt brukt dersom man har et høyt sykefravær. Da tar vi i utgangspunktet de som sliter mest (...). Det gjennomføres en kjempegründig kartlegging på hvordan har vi det hos oss og hvordan skal vi finne ut av det? (...). (Informant 2).

«Det å jobbe aktivt og ha klare rutiner for oppfølging av sykefravær. Ledere må vise omsorg og tett oppfølging tenker jeg er et veldig viktig virkemiddel som stryker et positivt arbeidsmiljø og kultur» (Informant 3).

Hvordan bidrar Helse Bergen til at strategiene om reduksjon av sykefravær blir gjennomført effektivt? Informant 3 forteller at inne på Intranettet til Helse Bergen har de etablert egen temaside for nærværarbeidet. Temasiden skal fungere som et hjelpemiddel i

arbeidet rundt sykefravær, og et verktøy med klare føringer på hvordan man skal arbeide rundt nærværarbeid.

Informant 2 uttrykker videre at siden ser på «*det grunnleggende og systematiske HMS arbeidet (...). Det blir fremvist en pyramide, der har man lov og krav nederst, også kommer de interne rutineene på toppen. Du kan klikke inn, så der kan en se de nye risikovurderingene som skal gjøre*».

Informant 4 har litt betenkningstid på spørsmålet. Informanten forteller at de lager handlingsplaner, setter de inn i handlingsplaner og legger de i Synergi. *Handlingsplan i Synergi – brukerveiledning for ledere og saksbehandlere*¹⁸ fremviser at «*handlingsplan er en egen sakstype i Synergi som leder (saksbehandler) har tilgang til å registrere. Som medarbeider har en tilgang til å lese, men ikke å redigere. Ansatte vil ha tilgang til handlingsplanen for sin enhet, og verneombudet har tilgang til handlingsplaner i sitt verneområde. Det informant 4 legger i handlingsplaner er aktiviteter eller tiltak. Det vil si at for hvert tiltak som blir lagt inn, skal det foreligge en beskrivelse for hvert mål for det enkelte tiltaket, og hva som skal til for at målet blir vellykket. Handlingsplanen kan avsluttes hvis det foreligger status på alle tiltakene.*

Når det skal utarbeides nye mål og tiltak i en avdeling, er det viktig å få med alle i arbeidet. Dette trekker også informant 4 frem i intervjuet. Ansatte blir involvert i arbeidet gjennom personalmøter som enheten har to ganger i måneden. Informanten forteller at gjennom disse personalmøtene blir handlingsplanen tatt opp. De går grundig igjennom hva som er punktene deres, deretter markerer tydelig hva som er gjennomført og ikke utdyper informant 4.

5.2.2 IA-avtalen

Helse Bergen har vært en IA-virksomhet i mange år, og har derfor tilgang til ulike virkemidler som avtalen tilbyr. Tiltakene og virkemidlene har forandret seg siden oppstarten av IA-avtalen i 2001, og studien fokuserer på tiltak og virkemidler i perioden 2019-2022. Derfor har

¹⁸ Handlingsplan i Synergi – brukerveiledning for ledere og saksbehandlere. Lest 14.02.2023 <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/DOK01281.pdf>

det vært det viktig å spørre informantene om hvilke virkemidler Helse Bergen benytter, og eventuelt årsaken til hvorfor en avstå fra andre.

I innledende fase om IA i intervjuet med informant 2, var jeg nysgjerrig **på hva en opplever IA-avtalen bidrar til**. Informanten forteller at «*Den bidrar jo med sånn som «Der skoen trykker» og «Tidlig og tett på». Det tenker jeg er gode virkemidler. Den bidrar til at noen andre kommer med noe som en kan sette i gang med. En får litt hjelp til å tenke hvis man står fast. Den setter noen krav, så det er jo bra. IA gir deg drahjelp, den funker ikke alene, men den kan dytte oss i riktig retning.»*

«*(...). Det er veldig ressurskrevende. Som leder må en være motivert for det krever masse å gå inn i den. Jeg har troen på «Der skoen trykker» og «Tidlig og tett på». Jeg håper vi har noe vi kan lære, for det må være noen gjengangere av grep som de har gjort» (Informant 2).*

Spiller motivasjon inn for å delta? I Helse Bergen var det fire enheter som har deltatt i bransjeprogrammet «*Der skoen trykker*». Programmet er omfattende, og det krever innsats fra flere hold. I PowerPoint om «*Erfaringer med bruk av Der skoen trykker i Helse Bergen*» av Linda Knapskog, ble det diskutert ulike faktorer for deltakelse i IA-prosjektet. Motivasjon var et av elementene. «*Motivasjon for deltakelse hos leder, tillitsvalgt og verneombud har vært tematisert før metodikken er tatt i bruk.*» (Knapskog, u.å).

Jeg spurte informant 3 om å gå dybden av arbeidet rundt «*Der skoen trykker*». Intervjuet ble gjennomført på Teams, og dermed hadde vi mulighet til å dele skjerm. Dette resulterte til at vi gikk gjennom presentasjonen «*Informasjon til ansatte om «Der skoen trykker*». Det var for å gå gjennom de ulike fasene enhetene har gått gjennom. Samme presentasjon fikk jeg tilsendt på e-post som jeg kunne benytte videre i arbeidet. Fasene vises ved figur 3 på neste side.

Under gjennomgangen av presentasjonen, forteller informant 3 at «*det vi gjør er forankring i ledelse. Vi har også et møte der ledere, lederes leder, tillitsvalgte og verneombud er med. Der presenterer vi «Der skoen trykker» metodikken og enheten presenterer seg og deres*

utfordringsbilde. Også har vi ansattsamlinger som kalles dialogduksamling». Etter å ha fått tilsendt presentasjonen, ser vi sammen på hovedfasene i «Der skoen trykker».



Figur 3. Illustrasjon av hovedfasene i Der skoen trykker (Informasjon til ansatte om Der skoen trykker, s 7)¹⁹.

«Der skoen trykker» består av syv faser, og ansatte blir direkte involvert gjennom ansattsamlinger i tre av fasene som er merket med oransje farge i Figur 3. Informant 3 forteller at Helse Bergen utfører første fase av «kartlegging av nå-situasjonen» ved ta «individuelle intervjuer med leder, tillitsvalgt og verneombudet og tar litt tempen der, vi henter frem Forbedringsundersøkelsen, handlingsplan og sykefraværet i enheten kort- og langtidsfravær og disse dialogdukresultatene sammen med alt det andre her danner grunnlag for en rapport som vi lager».

¹⁹ Informasjon til ansatte om Der skoen trykker. Lest 06.02.2023 <https://derskoentrykker.no/download/informasjon-til-ansatte-om-der-skoen-trykker/>

Neste ansattsamling fokuserer på «utarbeidelse av tiltak sammen med leder, tillitsvalgte, verneombudet og ansatte». Kartleggingen er basert på fem hovedområder; ledelse og organisering, psykososialt arbeidsmiljø og kultur, fag/kvalitet og pasientsikkerhet, fysisk arbeidsmiljø og individuelle forhold (Informasjon til ansatte om *Der skoen trykker*, s. 6). Summen av disse skal danne grunnlag for nye tiltak for enheten(ene).

Videre forteller informant 3 at «*De tingene som er bevaringsverdig i en enhet, det må de sørge for at de fortsatt tar vare på. Men det vi fokuserer på i disse tiltakssamlingene, det er å gjøre noe med de tingene som skal forbedres. (...). Vi presenterer tiltakslisten først for leder for å forbedre de. Det handler om at det kommer frem ting som går på ledelse og organisering som er greit at lederne er litt forberedt på. Også har vi gjennomgang med tillitsvalgte og verneombud. Der de sier noe om hvor nyttig tiltakene har vært i forhold til tiltakene som har kommet. Går det an å gjøre noe om sykefraværet? Er det for omfattende? De plukker de tiltakene som er gjennomførbare og implementerer de inn i eksisterende handlingsplan som de har i avdelingen.*»

Etter å ha gått igjennom alle de ulike fasene, var jeg opptatt av finne ut av om enhetene har gjennomført alle disse stegene i programmet. Informant 3 kunne bekrefte dette og referer samtidig til at den siste fasen «fortsett jobbing med arbeidsmiljø» jobbes enda med. Informant 3 reflekterer også over at arbeidet med arbeidsmiljø og reduksjon av sykefravær er en kontinuerlig prosess.

Arbeidet med «**Tidlig og tett på**» har også blitt nevnt til alle informantene i varierende grad. Informant 2 forteller at «*Tidlig og tett på*» er nå i oppstartsfasen og at det er et pilotprosjekt. Pilotprosjektet har ifølge informant 2 fått innvilget ekstra ressurser, og bruken av bedriftshelsetjenesten har økt. Informant 3 forteller at det er nå en klinikk med cirka 1 000 ansatte som er med i prosjektet, og ett av kvalifikasjonskravene for å kunne delta var om klinikken hadde mer enn 25 fraværsdager i løpet av et år. Formålet var derfor å etablere rutiner som gjør at de nettopp kommer tidlig og tett på.

«HelseArbeid» og «Ekspertbistand» har også blitt diskutert i møte med informantene. Likevel har hvert enkelt virkemiddel blitt mer diskutert med informant 3 enn resten av informantene.

Informant 3 utdyper at det er NAVs arbeidslivssentre som tar seg av arbeidet med «HelseArbeid» og kjører de ulike prosessene. Det er to barnehager fra Helse Bergen som er med i prosjektet og barnehagene er valgt fordi det er mye tøying og bøying blant de ansatte. Prosjektet består av ulike faser og informant 3 forteller at «*du har fysioterapeuter som er inne og driver undervisning i forhold til det fysiske. Også kommer det psykologer som har en rolle med «hvordan har du det?», og «hvordan skal jeg snakke om det hvis jeg står ovenfor ulike problemer».* Hvordan sykefraværet er i de to barnehagene som benytter tiltaket, er informant 3 litt usikker på.

Jeg ønsket å undersøke om «Ekspertbistand» var noe Helse Bergen benytter. Det er fordi i presentasjonen «Erfaringer om bruk av «Der skoen trykker» i Helse Bergen» blir det nettopp uttrykt at en burde ta i bruk en rekke virkemidler, deriblant «Ekspertbistand». Jeg gjenforteller sitatet fra presentasjonen, og lurer på om informant 3 kan utdype litt om «Ekspertbistand», og hvordan Helse Bergen benytter dette virkemidlet. Tilbakemeldingen fra informant 3 er klar og tydelig. «*Det blir ikke benyttet. Det er fordi NAV har lagt tjenesten som en rolle i Altinn. Som betyr at når en leder går inn og legger noe der, blir det synlig for alle sammen som har tilgang i Haukeland Universitetssykehus. Jeg vet om to som vurderer å bruke dette, men så har vi denne digitale utfordringen. Dette har vi tatt videre med NAV (...). Denne tjenesten kan vi ikke benytte før NAV har flyttet tjenesten over til en tjeneste, og ikke en rolle».*

Hvordan motiverer ledere de ansatte i arbeidet, og hvordan blir lederne selv motivert?

Informant 3 uttrykker at «*Helse Bergen har gode verktøy for å støtte ledere i sykefraværarbeidet*». Det er en forutsetning å forstå hvordan ledere blir motivert slik at det videre kan smitte over til de ansatte. Informant 3 forteller videre at «*I lederopplæring så er det masse kurs og undervisning i forhold til lederatferd og rasjonell ledelse. Vi har masse lederkurs som går på «hvordan bør du lede» for å motivere*».

Jeg stilte derfor spørsmålet til informant 4 om **hva gjør du som leder hvis det er lav motivasjon blant de ansatte?** Det er fordi i presentasjonen til Knapskog (u.å) måtte motivasjon være til stedet fra lederen sin side for å kunne delta i prosjektet «*Der skoen trykker*». Motivasjon kan være varierende til tider. Siden motivasjon var en forutsetning for å kunne delta, ønsket jeg refleksjoner rundt hva leder gjør hvis ansatte opplever å være umotivert og ha mangel på motivasjon i arbeidet. Informant 4 forteller at «*Vi prøver å motivere med å snakke med de ansatte, og være ute med dem. Jeg som leder har ikke så mye tid til det sånn i praksis. Men vi har driftskoordinatorer som er ute og jobber med de ansatte. (...). I forhold til sykefravær da har jeg som leder så klart en tett oppfølging, hvis vi ser at det går mot sykemelding eller hvis de er sykemeldte. Da har vi jevnlig samtaler*».

Det er viktig å finne ut om et tiltak fungerer, da dette gir informasjon om hvorvidt tiltaket har hatt ønsket effekt. Dersom tiltaket ikke fungerer som ønsket, kan det vurderes om det er behov for endringer eller ikke. Jeg var derfor nysgjerrig i møte med informant 2, 3 og informant 4 om **hvordan Helse Bergen måler om et tiltak fungerer?**

«*Den enkleste og det vanskeligste er å måle sykefravær, (...), hadde de tatt frem statistikk på sykefravær i de fire enhetene som vi kunne se at de hadde gått ned. Så det er et målbart tiltak. Jeg tenker også at Forbedringsundersøkelsen kan svare på ergonomi og trivsel. Det er ikke målbart på sykefraværet, men det sier noe om hvordan man har det på jobb. Det virker jo inn på sykefraværet. (...). Det er å se på svingningene, å se om det er sammenheng med andre tiltak som har blitt gjort. (...).*» (Informant 2).

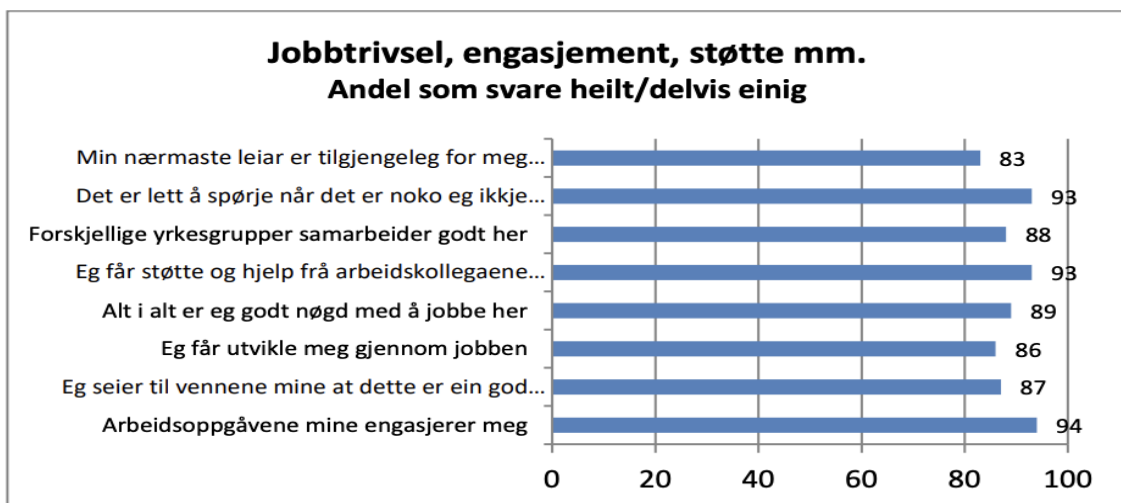
«*Da kan vi gå tilbake for å se hva trenden for sykefravær er. Det de har funnet ut av med «Der skoen trykker» er at langtidsfraværet er ikke så veldig påvirkbart, mens egenmeldt fraværet er det som gjør driften vanskelig å håndtere når noen ringer seg syk, og hvis det er mer enn en så ja.*» (Informant 3).

Informant 4 forteller at det er vanskelig å si om et tiltak har hatt en virkning på noe som helst. Det er fordi det er mange ting som kan virke inn. «*Men det er vel mer hvordan fungerer faktisk dette ute i situasjonene og i arbeidshverdagen blant de ansatte. Da må vi*

høre med dem, snakke med dem og spørre hva de opplever».

Informant 3 fremviser tall i forbindelse med enheter som har deltatt i prosjektet «Der skoen trykker», og forteller; «Den ene enheten gikk fra 3,3 prosent til 1,4 prosent i egenmeldinger. Det betyr at kostnaden går ned, og for det andre blir det bedre bemanning. Noen steder må de ha inn vikarer og vikarene som kommer er ikke de som er mest dreven, eller så er det noen som må jobbe dobbelvakter som gjør at folk blir sliten. Så det å få ned egenmeldinger er veldig virksomt. Den andre enheten gikk fra 3,8 prosent til 0,7 prosent, så det er helt fantastisk».

Det informant 3 forteller, tyder på at IA-avtalen har virkemidler som bidrar til reduksjon på sykefraværet. Forbedringsundersøkelsen blir også trukket frem i hvordan Helse Bergen måler effekten av tiltak. Informant 3 fremviser eksempler på tre enheter som lykkes med forbedring, enhet a) gikk fra 79,9 til 83,5 poeng, enhet b) 67 til 70 poeng, og enhet c) fra 69 til 77 poeng. Hva er det vi er gode på? og Hva kan vi gjøre for at arbeidsmiljøet kan bli bedre? er spørsmål som bidrar til refleksjon etter Forbedringsundersøkelsen.



Figur 4. Illustrasjon av resultat fra Forbedringsundersøkelsen 2018 (Utviklingsplan 2035, s 6)

Hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet med sykefravær? Informant 2 synes at dette spørsmålet var litt vanskelig å svare på. Jeg følger derfor opp om det er vanskelig å finne ut om IA-avtalen egentlig har virket? «Ja, det tenker jeg. (...) Hadde det vært høyere om vi ikke

hadde hatt IA-avtalen, eller hadde det ikke det? Alle har ikke holdt på med alt like mye heller. Vi ser at sykefraværet er litt høyt hos noen, også går det ned igjen og opp noen andre plasser. Det er jo ikke statistisk. Det er ikke sann hos oss at det er 8,5 prosent i alle enheter. Noen har 15 prosent, mens andre har 3 prosent. Det er vanskelig å si, ut ifra bare tallene, kan det virke som det ikke har fungert i det hele tatt. Jeg tror det har hjulpet på de enhetene som har gjort et forsøk.»

Informant 4 deler samme oppfatning og uttrykker «*Det er vanskelig å si, ledelse endrer seg jo hele tiden. Vi prøver å endre oss med ny ledelsestankegang. Det er klart at for mange år siden så var det mye regelverk, og ledelse var å følge regler. I dag er det å være nær de ansatte, kjenne de ansatte, kjenne behov og være litt mer fleksibel etter individuelle behov. Så vanskelig å si hvilken effekt IA-avtalen har hatt. Jeg må si det er vanskelig.»*

Jeg forteller informant 4 at jeg synes det er et interessant spørsmål om det er selve IA-avtalen som har bidratt til å redusere sykefraværet, eller om økt fokus har bidratt til reduksjonen. Informant 4 forteller at vedkommende har veldig tro på helhetlig tenkning, og ikke akkurat IA-avtalen som en avtale eller andre avtaler.

«Men vi ser «Der skoen trykker» prosjektet, så trodde vi kanskje at det hadde en virkning til å begynne med, fordi vi så at sykefraværet vårt gikk ned. Men det hadde kanskje ikke så mye med «Der skoen trykker» prosjektet å gjøre. Jeg tror det hadde mer med tilfeldigheter å gjøre (...).» (Informant 4). Videre forteller informant 4 at IA-avtalen har bidratt til økt fokus på forebygging av sykefravær og uttrykker «*Jeg tror helt klart at økt fokus har en virkning. Ved at ledere ser de ansatte, og at noen andre også ser de ansatte som for eksempel personalavdelingen. Så blir nok fokuset blant de ansatte litt annerledes også.»*

Har IA-avtalen medført endringer i prioriteringer? Informant 2 forteller «*det har jo tvunget noe igjennom, fordi det har vært krav som har blitt stilt i henhold til IA-avtalen. Så sann sett har den innvirkninger på prioriteringer (...)*». Informant 4 forteller at fokuset har hele tiden omhandlet å holde samtaler, være tett på de ansatte, og at IA-avtalen ikke har forårsaket dette. Jeg spurte derfor om det er et helhetlig arbeid generelt. Informant 4 trekker frem at

«Ja, det er mer helhetlig tekning på ledelse. Enten det er snakk om sykefravær eller om andre ting».

Endringer kan oppleves som vanskelige fordi de ofte innebærer usikkerhet og endring av kjente rutiner og mønstre. I intervjuet med Informant 3 diskuterte vi hvordan Helse Bergen skaper en kultur for å møte disse utfordringene. «(...), ledere får opplæring og informasjon. En gang i måneden er det felles nivå 2 og 3 møter. Alle klinikkdirektørene på nivå 2, også er det en gjeng med nivå 3 ledere som heter seksjonsledere som er på møter og diskuterer driften. Det er innslag i forhold til enheter som har gjort noe veldig bra, og som det er viktig at alle hører noe om for å motivere til å ta driftsmessig grep (...).».

Informant 3 trekker frem et eksempel «det er nå mange som er i omstilling og skal flytte inn i Glasblokkene, for eksempel Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikken skal omstilles og samarbeide. Der har de hatt felles opplæring av kontorenhetene i de to enhetene som skal sørve en resepsjon sammen». I opplæringen blir det fremhevet konkrete spørsmål i forbindelse med hvordan de skal samarbeide, samhandle og utføre oppgavene på en konkret måte.

Hvordan blir medarbeidere involvert i de ulike beslutningsprosessene som dere tar?

Informant 4 forteller at personalmøtene blir benyttet i et slikt arbeid. Møtene tar opp spørsmål knyttet til hva bør vi forbedre oss på, og hva kan vi endre på. I likhet med de andre informantene blir Forbedringsundersøkelsen trukket frem her.

Informant 4 forteller «Forbedringsundersøkelse som vi har, ser på hva vi kanskje burde ha fokus på. Da tar vi opp dette i personalmøte i mindre grupper med de ansatte, og snakker med dem og får dem til komme med forslag. Det er i de gruppene vi prøve å få de til å bidra i. Ved å komme med tanker og ideer. (...)».

5.3 Oppsummering

Det var totalt fire enheter som deltok i IA-bransjeprogrammet «Der skoen trykker». Programmet var omfattende og ressurskrevende. For å sikre at programmet ble gjennomført på en best mulig måte, ble motivasjon diskutert med leder, tillitsvalgte, og verneombud før

deltakelse. Videre kommer det frem at motivasjon må sikres gjennom god kommunikasjon mellom leder og ansatt, samt mellom hverandre (kollega til kollega). Ansatte som mangler motivasjon, må motiveres gjennom samtaler, enten med leder eller driftskoordinator som er ute blant ansatte. Helse Bergen gjennomfører også kurs og har undervisning med temaet *hvordan bør man lede for å motivere*, samt setter søkelys på ledelse generelt. Dette er for få økt kunnskap om hvordan man skal motivere ansatte og opprettholde et godt arbeidsmiljø.

Det kan tenkes at IA-avtalen har medført endringer i prioriteringer. Hovedinntrykket er at noe har blitt tvunget igjennom grunnet hvordan IA-avtalen er satt opp, likevel er det ikke IA-avtalen som helhet som har styrt hvordan Helse Bergen har jobbet med å redusere sykefraværet. For å skape en kultur som støtter endring og tilpasninger, deltar klinikkdirektører og divisjonsledere i møter for å diskutere hva enhetene gjør bra og hva som kan forbedres. Dette skal bidra til økt forståelse knyttet til hvilke endringer som enheten(ene) må foreta for å oppnå ønsket utvikling.

Helse Bergen har hele tiden jobbet med å redusere sykefraværet, men det var ikke før i 2022 at det ble etablert temaside for nærværarbeid. Til forskjell fra tidligere skal det nå legges større vekt på det systematiske og jobbe forebyggende. Når beslutninger skal tas, blir ansatte involvert gjennom møter. Møtene tar utgangspunkt i «*hva kan vi forbedre, og endre på*». Enhetene utarbeider handlingsplaner som videre skal gå i Synergi, der formålet er å utarbeide tiltak og aktiviteter for å oppnå ønsket mål som er satt.

Informantene forteller at Helse Bergen benytter flere virkemidler i arbeidet med å redusere sykefraværet. Primært er nærværarbeid et tiltak som alle avdelinger skal ta i bruk, som omhandler å jobbe systematisk og forebyggende for å forhindre fravær og dermed øke nærværet. Informantene reflekter «*Der skoen trykker*», «*HelseArbeid*» og «*Ekspertbistand*». IA-tiltakene kan derfor sees på som ulike strategier Helse Bergen tar i bruk for å redusere sykefraværet i de ulike enhetene og avdelingene.

Informantene i studien har god erfaring innenfor ledelse, og sykefraværarbeid er en sentral del av arbeidshverdagen. Om reduksjonen av sykefravær skyldes IA-avtalen trekker informantene fram at nedgangen er sammensatt av flere grunner. Imidlertid opplever

informantene at verdien av IA-avtalen har bidratt til økt fokus på sykefravær, og at dette kan utløse positive effekter som reduksjon av sykefravær, samt fremme et bedre arbeidsmiljø.

6.0 Sykefraværsreduksjon og IA-avtalens virkning

Arbeidsmiljø og kostnader knyttet til fravær påvirker diskusjonene om både sykefravær og IA-avtalen, noe som gjør dem til viktige temaer i helsevesenet og andre sektorer i dagens samfunn. IA-avtalen gir arbeidsgivere og arbeidstakere verktøy og støtte for å samarbeide om å redusere sykefraværet og fremme et inkluderende arbeidsmiljø. Formålet med analysen er å besvare hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet. I teorikapittelet etablerte jeg tre forventinger som er basert på det teoretiske rammeverket. Forventningene skal hjelpe meg med å besvare studiens problemstilling, derfor er kapittelet strukturert etter de tre dimensjonene: motivasjon, endring og tilpasning, samt strategi og strategiske beslutninger, for å gi en helhetlig forståelse av situasjonen og tiltakene som blir iverksatt.

6.1 Motivasjon

6.1.1 Motivasjon for å få arbeidstakeren til å gå på jobb

Motivasjon påvirker sykefraværet på flere måter. Høy motivasjon kan bidra til en følelse av tilhørighet på arbeidsplassen og dermed redusere risikoen for stress og utbrenthet. Engasjerte og motiverte ansatte opplever ofte arbeidet som mer meningsfullt og tilfredsstillende, noe som bidrar til å redusere sykefraværet. Videre kan motivasjon øke produktiviteten og effektiviteten, med en potensiell positiv effekt på å redusere arbeidsbelastningen og stresset for den enkelte arbeidstaker.

Spørsmålet om motivasjon kan tolkes innenfor flere fortolkningsrammer. For arbeidsgiver kan det handle om effektivitet og produksjon. Det kan være vanskelig å opprettholde kontinuitet når en ansatt er borte på grunn av sykdom. Midlertidige ansatte eller nye må derfor steppe inn, og det kan være at vedkommende ikke er like godt kjent med oppgavene eller prosessene noe som kan føre til feil og ineffektivitet. Det kan derfor oppstå transaksjonskonstanter på mikronivå der sykemeldt arbeidstaker skal erstattes av vikarer eller oppgaver må omfordeles.

Fra en annen synsvinkel kan sykefravær fra et arbeidstakers perspektiv handle om egen helse og livssituasjon. På den ene siden kan et dårlig arbeidsmiljø som er preget av

manglende støtte, dårlig ledelse og høyt arbeidspress føre til økt sykefravær. Dersom en ansatt opplever høyt nivå av stress og ulike belastninger, kan det resultere til sykefravær for å håndtere utfordringen som arbeidstakeren står ovenfor. På den andre siden kan sykefravær være et resultat av ansattes ansvar for sin egen helse ved å ta forebyggende tiltak. Sykefravær kan derfor være nødvendig i noen sammenhenger for å forebygge spredning av smittsomme sykdommer til kollegaer som for eksempel korona og for å få nødvendig hvile.

Maslows teori (1943) kan knyttes til å øke motivasjonen fordi den fokuserer på å identifisere og oppfylle ulike behov som arbeidstakere har, og hvordan oppfyllelsen av disse behovene kan påvirke deres motivasjon. For det første kan behovspyramiden hjelpe arbeidsgivere med å identifisere ulike behov som arbeidstakerne har. For det andre legger den til rette for at arbeidsgivere kan prøve å tilrettelegge for å oppfylle arbeidstakernes behov.

God kommunikasjon kan spille en avgjørende rolle i å motivere arbeidstakere til å gå på jobb. På den ene siden vil god kommunikasjon mellom ledelsen og ansatte bidra til å redusere stressnivået og øke trivselen på arbeidsplassen. Åpen og tydelig kommunikasjon kan bidra til at ansattes bekymringer og ønsker blir hørt og tatt på alvor. På den andre siden kan kommunikasjon bidra til å bygge tillit mellom ledere og ansatte. Når ledere kommuniserer ærlig og åpent mot ansatte, kan det skape en følelse av å bli behandlet rettferdig og respektfullt, noe som igjen kan øke motivasjonen til den enkelte ansatte for å gå på jobb.

Indre motivasjon kan spille en viktig rolle i å opprettholde ansattes engasjement i jobben. Hvis noen kun betrakter jobben som en inntektskilde, kan det begrense lederens mulighet til å øke den ansattes indre motivasjon. Derfor er det viktig å se på hva som motiverer hver enkelt ansatt. En god leder må kunne identifisere hva som motiverer den enkelte ansatte, og tilpasse sin tilnærming for å fremme høy ytelse og engasjement. Ifølge Herzberg (1966) er det kun bestemte trekk ved arbeidsoppgavene som kan fremme trivsel og motivasjon blant medarbeidere (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 244). Det er derfor viktig at ansatte opplever arbeidsoppgavene som meningsfulle og verdifulle. Når ansatte har mulighet til å ha kontroll

over sin egen arbeidsprosess og ta egne beslutninger, kan det føre til økt motivasjon, samtidig som det styrker arbeidstakerens indre motivasjon.

6.1.2 Motivasjon til å få ledere til å jobbe med sykefravær

For å få ledere til å arbeide med sykefravær, er det hensiktsmessig å peke på langsiktige fordeler for organisasjonen og ansatte. Å vite hvordan håndtering av sykefravær kan bidra til organisasjonens suksess kan føre til at ledere blir motivert av belønninger som forfremmelse, bonus eller anerkjennelse fra overordnede, og dermed øke deres fokus på å håndtere sykefraværproblematikken. Dette bekrefter Frederick Herzberg (1966) med at medarbeidere ikke blir tilfredsstilt og motiverte dersom organisasjonen ikke endrer forhold som skaper mistriivsel (Jacobsen & Thorsvik, 2021). Høyt sykefravær vil resultere i økte kostnader på grunn av vikarbruk og redusert kapasitet til å møte pasientbehov. Ved at Helse Bergen arbeider med å redusere sykefraværet, kan en spare betydelige kostnader som kan investeres i andre viktige områder. Derfor er poenget til Nerstad og Kuvaas (2019) sentralt, fordi de påpeker at motivasjon er avgjørende for å oppnå høy måloppnåelse og gode resultater.

Ved å anvende både Maslows behovspyramide og Herzbergs to-faktorteori kan organisasjoner oppnå en vinn-vinn-situasjon for både seg selv og de ansatte på lang sikt. Modellene tar hensyn til ulike behov og motivasjonsfaktorer hos individuelle medarbeidere, og muliggjør implementering av skreddersydde tiltak. Dette kan føre til en positiv arbeidskultur, økt produktivitet og engasjement blant de ansatte, samt et varig og bærekraftig arbeidsforhold mellom organisasjonen og de ansatte.

For å øke nærværet, er det viktig at avdelingene/enhetene deler positive erfaringer, som det kommer frem i styresak 35/22 O (2022). Dette gir konkrete eksempler på hvordan å investeringer i å redusere sykefraværet kan gi langsiktige økonomiske og menneskelige fordeler for Helse Bergen. Ved å dele suksesshistorier kan avdelingene/enhetene inspirere hverandre og skape en positiv arbeidskultur. Det er derfor viktig å legge til rette for en kultur hvor deling av positive erfaringer og kunnskap om effektive tiltak for å redusere sykefraværet blir verdsatt og oppmuntret. Dermed er tilbakemelding og oppgaveidentitet som Erichsen et al. (2022) påpeker viktig for å fremme motivasjon. Oppgaveidentitet og

tilbakemelding kan sammen bidra til å øke motivasjonen hos en person (Erichsen et al., 2022). En tydelig oppgaveidentitet kan hjelpe en person med å forstå betydningen av oppgaven og hvordan den passer inn i en større sammenheng, mens positiv tilbakemelding kan bidra til å anerkjenne innsatsen, som kan føre til økt motivasjon og prestasjon på jobben.

I empirikapittelet fortalte informantene hvordan Helse Bergen motiverer ledere gjennom motivasjonskurs og hvordan ledere arbeider med sykefravær ved å tilby opplæring og kurs i sykefraværsarbeidet. Dette gjenspeiles i opplæringen om forebyggende tiltak og oppfølging av sykemeldte arbeidstaker som vises i tabell 6. Ved å tilby støtte og opplæring til ledere, signaliserer Helse Bergen at dette er en viktig del av deres overordnede strategi. Helse Bergen har benyttet IA-bransjeprogram som «*Der skoen trykker*» og «*Tidlig og tett på*». Det kreves motivasjon fra lederens side for å delta i prosjektet. Ved å involvere ledere nettopp i denne prosessen, kan man føle et større eierskap og engasjement, som videre kan føre til økt motivasjon for å arbeide aktivt med å redusere sykefraværet. Et interessant moment i denne sammenhengen er at selv om motivasjon er i fokus, kan det likevel vanskelig å opprettholde motivasjonen hele tiden.

6.1.3 Motivasjon som del av ledelsesfunksjonen

Motivasjon kan ytterligere utdypes gjennom støttende ledelse. Når ledere viser interesse for ansattes arbeid ved å gi støtte og anerkjennelse, kan de øke engasjementet og motivasjonen til ansatte. Studiens informanter understreker hvor viktig motivasjon er for det helhetlige arbeidet rundt sykefravær. Motivasjon har positive innvirkninger på flere aspekter av arbeidsplassen og bidrar i stor grad til å redusere sykefraværet og opprettholde et godt arbeidsmiljø. Derfor er det viktig at ledere legger til rette for en motiverende arbeidskultur og at ansatte har de nødvendige verktøyene for å håndtere arbeidshverdagen.

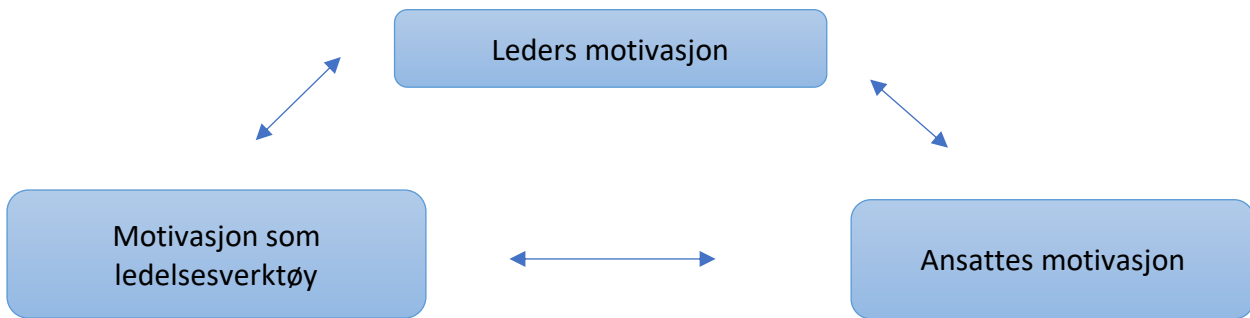
Selv om motivasjonsnivået blant ansatte i Helse Bergen kan variere, spiller ledelsen en helt essensiell rolle ved at de må ta i bruk og benytte ulike virkemidler for å holde ansatte motivert på arbeidsplassen. Dette skyldes at ledere har en viktig rolle i å styre aktiviteter mot et felles mål (Yukl, 2013). Hvis ikke lederen har denne påvirkningen, oppnår vedkommende ingen effekt, da ledelse handler om «*individets kapasitet til å påvirke, styrke*

andres bidrag mot organisasjonens effektivitet og suksess» (Yukl, 2013, s. 3).

IA-avtalen kan betraktes som en motivasjonsfaktor sett fra et ledelsesperspektiv. Det er fordi avtalen har klare målsettinger. Hovedmålet med avtalen fra 2019-2022 var å redusere sykefraværet med 10 prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018. Dermed kan avtalen i seg selv, bidra til å øke motivasjonen til å redusere sykefraværet. Å redusere sykefravær er en kompleks prosess som innebærer tilpasninger og endringer i prioriteringer. Derfor kan IA-avtalen ha en positiv effekt som kan bidra til økt motivasjon og oppmerksomhet rundt arbeidet med å redusere sykefravær.

I kontekstkapittelet blir det fremhevet at dårlig ledelse kan være en av årsakene til sykefravær på virksomhetsnivå. Yukl (2013) omtaler ledelse som *«en prosess som påvirker andre til å forstå og enes om hva som skal gjøres»*. Dette er relevant for Helse Bergen fordi ledelsen kan ha betydelig effekt på hvordan de håndterer og reduserer sykefravær i organisasjonen. Hvis ledelsen på den ene siden ikke klarer å påvirke og engasjere medarbeiderne til å forstå og enes om tiltak for å redusere sykefravær, kan det føre til manglende oppfølging av IA-avtalen og redusert motivasjon hos de ansatte. På den annen side, hvis ledelsen er i stand til å utøve effektiv ledelse, kan det bidra til økt motivasjon og oppmerksomhet rundt arbeidet med å redusere sykefraværet. Dermed kan ledere øke sjansene for å oppnå målene i IA-avtalen. Helse Bergen må derfor være oppmerksom på hvordan ledelse som prosess kan påvirke organisasjonens evne til å håndtere sykefravær og oppnå suksess med IA-avtalen.

Økt motivasjon blant ansatte kan resulterer i styrket tilknytting til organisasjonen og deres arbeidsoppgaver, som videre kan resultere til høyere grad av jobbtilfredshet og engasjement. Dette kan føre til at ansatte er mindre tilbøyelige å bli syke, siden deres innstilling er mer positiv. På samme måte kan en motivert leder være i stand til å oppmuntre ansatte til å føle mer tilhørighet til organisasjonen, og øke deres grad av ansvarsfølelse. Figur 5. illustrerer sammenhengen mellom hvordan motivasjon henger sammen.



Figur 5. Illustrasjon av hvordan motivasjon henger sammen.

Herzberg, Hacman og Oldham og Maslows

Herzbergs to-faktorsteori er en av de mest innflytelsesrike teoriene som tar opp motivasjon på arbeidsplassen, og modellen viser samtidig hvordan ledere og organisasjoner tenker rundt jobbtilfredshet og motivasjon. Funn i studien indikerer at ledere må jobbe aktivt for å sikre at motivasjon er til stedet på arbeidsplassen, og motivasjon er en av drivkreftene i ulike handlingsplaner som Helse Bergen oppretter. I empirikapittelet forteller informantene at det er viktig å finne ut av hva som motiverer hver enkel ansatt.

To-faktorsteori har både fordeler og ulemper. På den ene siden gir modellen verktøy for å identifisere hvilke faktorer som påvirker ansattes motivasjon på arbeidsplassen. Det kan for eksempel være faglig utvikling, anerkjennelse eller arbeidsoppgaver som oppleves som spennende og interessante. På den andre siden har modellen blitt kritisert for visse begrensninger. Modellen blir kritisert for at den ikke tar hensyn til individuelle forskjeller og preferanser. Til forskjell fra Herzberg (1966) påpeker Hackman og Oldham (1980) at noen arbeidstakere kan være motivert av andre elementer som ikke alle verdsetter like høyt. Alle blir dermed ikke motivert av det samme, derfor må ledere i Helse Bergen ta hensyn til individuelle behov og ønsker når ledere skal motivere ansatte.

Herzbergs modell har som mål å forbedre arbeidsmiljøet. Ved å ha ønske om å skape et positivt arbeidsmiljø med god ledelse, tydelige kommunikasjonskanaler og støttende kollegaer, da disse faktorene kan bidra til å hjelpe Helse Bergen med å redusere

sykefraværet. Derimot fremviser modellen ingen klar forklaring på hvordan ledere skal skape og opprettholde motivasjon blant sine ansatte. Som et resultat av denne kritikken, diskuterer Deci og Rayan (1985) at motivasjon avhenger av forskjellige faktorer som for eksempel kompetanse, autonomi og relasjon med andre. Det kan derfor hende at ledere må benytte ulike og flere strategier og motivasjonsteknikker for å oppnå ønsket resultat. Et annet relevant punkt er at den retter søkelys mot langsiktige løsninger. Gjennom å forbedre arbeidsmiljøet og øke motivasjonen blant de ansatte, vil man se større effekt på sykefraværet enn et kortsiktig tiltak. Det kan begrunnes med at sykefravær er en kontinuerlig prosess som aldri treffer et nullpunkt. Derfor vil en ha større fordel ved større og helhetlige løsninger. Locke og Latham (1990) retter kritikk mot Herzbergs (1966) modell og uttrykker begrensninger når det gjelder å forklare komplekse atferdsmønstre hos den enkelt ansatt. Teori- og empirikapittelet viser nettopp dette ved at motivasjon påvirkes av ulike faktorer, derfor må en ha individuelle forskjeller og ulik målsetting. Dermed kan en begrunne at modellen ikke gir en fullstendig forklaring på alle typer arbeidsatferd og motivasjon.

Formålet med jobbkarakteristikamodellen til Hackman og Oldham (1980) er å skape arbeid som gir mening. På den måten skal ansatte få mulighet til å bruke, samt utvikle sine kunnskaper. I likhet med Herzbergs to-faktorsteori, har jobbkarakteristikamodellen styrker og svakheter. Modellen gir et rammeverk for å identifisere og tilpasse arbeidsoppgaver til ansattes individuelle preferanser og interesser. Som vist i empirikapittelet skal *leder så tidlig som mulig vurdere om det er mulig å tilrettelegge for at sykemeldt arbeidstaker kan være i aktivitet i virksomheten*. Likevel kan det være utfordringer knyttet til hvordan arbeidsoppgaver skal tilpasses, fordi man må hele tiden forsikre seg mot at belastningen ikke blir flyttet over til noen andre. Selv om modellen identifiserer og tilpasser arbeidsoppgaver, er den likevel svært krevende å implementere i praksis. Det skyldes at Helse Bergen er en stor organisasjon med mange ansatte og har komplekse arbeidsoppgaver. For å oppnå et vellykket arbeid med reduksjon av sykefravær, er motivasjon tett knyttet opp mot et slikt arbeid.

Maslows (1943) argumenter for en hierarkisk organisering av menneskers behov, og at behovene ikke blir tilfredsstilt før de grunnleggende behovene er dekket. Denne

tankegangen gjenspeiler seg i pyramiden som Styresak 35/22 O (2022) har utviklet. Pyramiden Styresak 35/22 O (2022) kan kritiseres ved at den ikke tar hensyn til at behovene ikke endrer seg over tid. Alle enheter sliter ikke med det samme, og behovet vil derfor variere fra enhet til enhet. Det kan være ansatte i enheten som har oppfylt de grunnleggende behovene, men fortsatt har et høyt sykefravær på grunn av andre faktorer som mangel på arbeidsengasjement eller stress. Imidlertid er Styresak 35/22 O (2022) sin pyramide verdifull når en prøver å redusere sykefraværet. Det er fordi den prøver å fremstille viktigheten av å oppfylle de grunnleggende behovene, som videre skal resultere i et godt arbeidsmiljø, økt nærvær og dermed redusere fraværet.

6.1.4 Oppsummering

Motivasjon påvirker sykefravær gjennom flere mekanismer. På den ene siden kan motivasjon føre til bedre mentalt og fysisk velvære og på den andre siden kan de gi høyere produktivitet samt kvalitet på arbeidet som direkte kan påvirke fraværsatferden. Derfor kan Helse Bergen dra flere fordeler ved å implementere tiltak som bidrar til økt motivasjon blant de ansatte. Det er derfor viktig at lederne i Helse Bergen finner ut av hva som motiverer sine ansatte, da motivasjonsfaktorene vil være varierende fra enhet til enhet.

6.2 Endring og tilpasning

6.2.1 Endring for den ansatte

Det er mange aspekter som må vurderes ved planlegging og gjennomføringer av endringer. Når Helse Bergen skal utføre endringer må en ikke bare se på mulig fordeler ved ønsket fremtidig tilstand, men også hvordan endringene vil påvirke de ansatte på sykehuset. Ansatte kan oppleve endringsprosesser som svært stressede og utfordrende. Mulig konsekvenser knyttet til endringer kan være økte helseplager og sykefravær. På motsatt side kan endringer ha en positiv effekt ved at en nettopp klarer å redusere sykefraværet på arbeidsplassen. På den måten må Helse Bergen iverksette endringer som er minst mulig belastende for de ansatte. Ved utførelse av god ledelse, kan sykefraværet bli påvirket gjennom ulike prosesser. På den ene siden kan ledelsen i Helse Bergen redusere arbeidskravene som den enkelte ansatte har, og på den andre siden kan ledelsen bidra med motivasjon gjennom sosial støtte og tilbakemelding til arbeidstaker.

Ottersen (2011) ser på endringsledelse som å handle *for å transformere virksomheten til å bli mer innovativ, effektiv, ta samfunnsansvar, styrke arbeidsplassen, forbedre medarbeidernes livskvalitet, sikre tilstrekkelig lønnsomhet og overlevelse* (Ottesen, 2011, s. 15). Å ha et sterkt fokus på samfunnsansvar kan resultere til å fremme ansattes stolthet og tilhørighet på arbeidsplassen. Dette kan øke trivsel og engasjement blant ansatte, og dermed redusere sykefraværet. Å forbedre effektiviteten i arbeidsprosesser kan derfor bidra til å redusere arbeidsbelastningen og stresset for den enkel.

Hva er de spesifikke handlingene som Helse Bergen utfører, og hvordan kan disse handlingene forbedres? Kontekstkapittelet peker på viktigheten av å skape en kultur som er i stand til å håndtere utfordringer som oppstår. Først og fremst er tiltakene rettet mot ledere i Helse Bergen, ved å sørge for at ledere får opplæring og informasjon om endringsprosessene. Det bidrar til å skape en tryggere og mer forutsigbar arbeidssituasjon for de ansatte. Derfor holdes det felles møter på nivå 2 og 3 for at ledere skal få kunnskap om hva som vil skje under endringsprosessene slik at ansatte kan få en klarere forståelse av som vil skje og hva som forventes av dem. Slik som informant 3 trekker frem, har Kvinneklikken og Barne-og ungdomsklinikken blitt omstilt og må samarbeide. For å få vellykket endringsprosess har det blitt gitt felles opplæring i hvordan de skal samarbeide og utføre oppgaver. Dermed kan klinikken skape en felles tilnærming til endringene som møter de ansatte.

6.2.2 Endring i tilnærmingen som ledelsesfunksjon eller systemendring (struktur)

Det er mulig å gjennomføre endringer på flere nivåer i Helse Bergen. På den ene siden kan en gjøre endringer i tilnærmingen til ledelsesfunksjonen, som kan ha positiv innvirkning på organisasjonens verdier og kultur. På den andre siden kan Helse Bergen gjennomføre systemendring eller strukturering som kan forbedre arbeidsprosessene, og fremme et bedre arbeidsmiljø. Endringer i ledelsesfunksjonen kan rette større søkelys på kultur som fremmer helse og trivsel blant de ansatte. Yokl (2021) skiller mellom holdningsorientert- og rolleorientert tilnærming, hvilken tilnærming som anses som mest vellykket har vært gjenstand for diskusjon i mange år. Likevel kan det heves at rolleendringsprogram har større sannsynlighet for å lykkes. Beer, Eisenstat & Specor (1990) hevder likevel at metodene ikke er uforenlige og det beste er å benytte de sammen. Det er fordi forsøk på å endre holdninger

og ferdigheter for å støtte nye roller kan bidra til å redusere faren for at rolleendringene blir sabotert av motstandere før endringen har blitt etablert.

Jacobsen og Thorsvik skriver at «*endringer har funnet sted når organisasjonen utviser forskjellige trekk på ulike tidspunkt*» (Jacobsen & Thorsvik, 2021, s. 373). Definisjonen kan kritiseres med at den mangler konkretisering av «ulike trekk», samtidig har ikke definisjonen noen detaljer eller forklaring på hvordan endringsprosesser faktisk skjer.

Et annet relevant punkt er at endringer i ledelsesfunksjonen ikke alltid er en enkel prosess. Å endre kulturen og verdiene i en organisasjon kan være en utfordrende oppgave, og samtidig være tidkrevende. Det kan forekomme motstand for endring blant ansatte eller ledere. Det kan derfor være nødvendig å bruke tid og ressurser på å overbevise dem om viktigheten av å prioritere. Dette kan utdypes videre gjennom det informant 4 fortalte om viktigheten med en god samtale, og forklare hvorfor det er viktig slik at en kan sammen oppnå en løsning. En sterk ledelse som prioriterer helse og trivsel kan bidra til å øke Helse Bergen sitt omdømme, og har dermed mulighet til å tiltrekke seg de beste kandidatene i arbeidsmarkedet.

Helse Bergen kan oppnå økt effektivitet og redusert sykefravær gjennom endringer i arbeidsprosesser eller arbeidsmiljø. Effekten av økt fokus på arbeidsmiljøet har blitt tydelig gjennom «*Der skoen trykker*» prosjektet, med positive resultater for enhetene som har deltatt. Samtidig kan det hevdes at systemendringer kan være nødvendig for å oppfylle kravene i IA-avtalen, og andre lover og regler knyttet til arbeidsmiljø og helse. For å utdype dette videre, må arbeidsgiver gjennomføre tiltak som fremmer helse, trivsel og inkludering blant de ansatte. Derfor kan det argumenteres at systemendringer er nødvendige for å oppfylle kravene i IA-avtalen. Imidlertid er det viktig å understreke at det finnes mange ulike måter å gjennomføre endringer på, fra ledelsestilnærmingen til systemendringer. Helse Bergen må derfor vurdere hvilke tiltak som er mest hensiktsmessig å benytte.

Mann (1965) uttrykker at det er mulig å planlegge arbeidsfordelingen for å oppnå en struktur der like oppgaver i organisasjonen er organisert, med utgangspunkt i organisasjonens målsetting. For det første kan en grundig planlegging av arbeidsfordelingen bidra til å skape en organisasjonsstruktur som er optimal for å oppnå organisasjonens målsettinger. For det andre kan kulturelle, politiske og kontekstuelle faktorer påvirke evnen

til å planlegge og implementere en optimal arbeidsfordeling. Det er imidlertid viktig å merke seg at arbeidsfordeling alene ikke nødvendigvis er en enkeltstående løsning for å redusere sykefravær, da det er mange faktorer som kan påvirke dette i en organisasjon.

I kontekstkapittelet fremstilte jeg en oversikt over virkemidlene IA-avtalen og den totale prisen som staten må betale for å opprettholde avtalens tilbud i tabell 2. Helse Bergen er en stor organisasjon, og vil derfor ha ulike behov. I empirikapittelet kommer det frem at Helse Bergen har benyttet bransjeprogrammet «*Der skoen trykker*», og er samtidig i et pilotprosjekt «*Tidlig og tett på*». Utover disse programmene har «*HelseArbeid*» blitt implementert i to barnehager hos Helse Bergen, mens «*Ekspertbistand*» er noe en velger å avstå fra.

Alle virkemidlene som IA-avtalen har, er ment for å redusere sykefraværet og styrke arbeidsmiljøet på arbeidsplassen. Jeg fikk en tilsendt PowerPoint hvor det står blant annet at Helse Bergen må ta i bruk «*Ekspertbistand*». Til forskjell fra presentasjonen, uttrykker studiens informanter at tiltaket forløpning ikke blir benyttet grunnet personvern. Siden 2019 og fram til 2022 har «*Ekspertbistand*» kostet 200 millioner kroner. Det er derfor bekymringsverdig at Helse Bergen ikke kan ta i bruk et slikt virkemiddel, uten å måtte bryte personvernloven i forbindelse med å dele fødselsnummer og årsak til helseplager med andre enn avtalt. Det er fordi tiltaket har blitt lagt inn som en rolle i Altinn, og ikke inn i NAV.

Funnene i denne studien indikerer at virkemidlene har blitt benyttet i ulik grad, og noen velger man helt å avstå fra. Dette kan tyde på at ikke alle tiltakene er like gode i praksis. Et annet funn er at informantene har ulik formening om IA-avtalen har fungert i praksis på sykefraværet, eller om det er fokuset i sin helhet som har redusert fraværet i enheten(e). Fra en annen synsvinkel viser tallene at de enhetene som deltok i bransjeprogrammet «*Der skoen trykker*» at fraværet har gått ned. På den ene siden viser tallene at egenmeldt fravær har blitt redusert når alle de fire enhetene tok i bruk metodikken i perioden januar til oktober 2022. På den andre siden er det ingen tydelig trend på legemeldt sykefravær. Et annet relevant poeng er at prosjektet ble gjennomført midt under koronapandemien noe som kan ha påvirket resultatet.

Utvikling/trend av egenmeldt fravær:



Figur 6. Utvikling og trend av egenmeldt sykefravær (Knapkog, u.å, s 12).

6.2.3 Fra problemtilstand til ønsketilstand (tilstand a til b)

Som presentert i teorikapittelet, er hovedmålet med endringsledelse å implementere en ny hverdag og virkelighet. Det å gjennomføre nye endringer og samtidig holde motivasjonen oppe for ansatte kan by på utfordringer. Likevel har Helse Bergen, som empirien viser, gjennomført ulike tiltak som skal bidra til å løse de utfordringene de står overfor. Et sentralt tiltak er møter mellom verneombudet, tillitsvalgte, og ledere gjennom trekantsamtaler, og mellom klinikkdirektør- og divisjonsledere for å diskutere «*hvordan vi skal jobbe videre, hva er det vi er flinke på og hvordan skal vi håndtere mulige utfordringer vi kan stå overfor*».

Bamford og Forresters (2003) tilnærming til planlagt endring har blitt utfordret av flere forskere. Burnes (1996) retter kritikk mot at tradisjonelt sett har antatt at organisasjoner opererer i stabile omgivelser og kan gjennomføre endringer på en planlagt forutsigbar måte, da de beveger seg fra en stabil tilstand til en annen. Derimot kan det tyde på at slike antakelser blir stadig mer usikre fordi vi lever i en turbulent og kaotisk verden. Fra en annen synsvinkel er dagens organisasjonsendringer en mer kontinuerlig og transparent prosess, fremfor å være en serie av separate og uavhengige hendelser. For det andre hevder By (2007) at planlagt tilnærming legger til grunn at alle involverte parter i endringsprosjektet er samtykkende og motiverte til å gjennomføre det, og at det er mulig å oppnå felles enighet

(By, 2007, s. 374). Termeer, Dewulf, og Biesbroek (2016) hevder at organisasjoner og nettverk som opererer i raske og ambisiøse miljøer har erfart at kontinuerlig tilpasning er svært relevant. Dynamiske miljøer krever at organisasjonene har evnen til å endre seg i samme tempo som miljøet, slik at organisasjonen er i takt med endringene som forekommer.

Bransjeprogrammet «*Der skoen trykker*» kan betraktes som en planlagt prosess. Dette skyldes at programmet innebærer en målrettet innsats med definerte mål for å redusere sykefraværet innenfor en bestemt tidsramme. Figur 3 illustrerer den strukturerte tilnærmingen med definerte trinn og aktiviteter som avdelingene må gjennomføre for å oppnå de resultatene avdelingene ønsker seg. I tillegg har bransjeprogrammet elementer av kontinuerlig forbedring. Etter at programmet er blitt implementert, har enhetene jobbet tett med kontinuerlig overvåking, justering og evaluering av tiltakene basert på tiltakenes effekt og oppnådde resultater. Dette kan føre til gjentakende arbeid med kontinuerlig justering av tiltakene for å oppnå de beste resultatene over tid.

Helse Bergen har endret tilnærming til å belyse sykefravær. Styresak 35/22 O (2022) fremhever et skifte i retorikken fra å sette søkelys på fravær til å legge vekt på nærvær. Dette perspektivet er interessant når det gjelder å endre tilnærmingen til sykefravær og helse på arbeidsplassen. Helse Bergen sitt fokus på nærvær kan sende signaler om en positiv og fremoverlent tilnærming, der de ikke bare ønsker å unngå fravær, men også ønsker å forbedre arbeidsmiljøet, fremme helse og skape en motiverende arbeidsplass. Endring i retorikken kan føre til at en ser annerledes på tilnærmingen til tiltakene. Slik som Styresak 35/22 O (2022) presenterer, må det helt grunnleggende være på plass. Det er fordi det er viktig å sikre at hver enkelt ansatt har et trygt og forsvarlig arbeidsmiljø. En endring i retorikken kan ha en betydning for hvordan organisasjonen opererer. Dette konseptet kan videre utdypes ved å se på Figur 2 om nærværarbeid i Helse Bergen. Det er likevel viktig å påpeke at endringene i retorikken alene ikke vil være tilstrekkelig for å redusere sykefravær og skape en mer helsefremmende arbeidsplass.

6.2.4 Oppsummering

Det flere aspekter Helse Bergen må ta hensyn til ved endring og tilpasninger. Dette underkapittelet har diskutert endringer i tilnærmingen som ledelsesfunksjon eller som systemendring. For å redusere sykefraværet kreves det tålmodighet. Tall fra «*Der skoen trykker*», viser at Helse Bergen har hatt en positiv effekt på egenmeldt sykefravær ved implementering av prosjektet. På den andre siden har underkapittelet tatt opp diskusjonen rundt forskjellen fra problemtilstand til ønsketilstand. Dette har ført til Helse Bergen sin nærværstrategi og endrende retorikk knyttet til fravær og nærvær.

6.3 Strategi og strategiske beslutninger

6.3.1 Strategisk ledelse til operativ ledelse

Ifølge Erichsen et al (2022) handler strategisk ledelse om å bestemme retning, prioriteringer, benytte ressurser som Helse Bergen har tilgjengelig på en mest effektiv måte i operativ virksomhet (Erichsen et al. 2022, s. 231), og samtidig legge til rette for utvikling av organisasjonen. Styresak 35/22 O tar opp hvordan organisasjonen skal styre og utvikle seg for å øke nærværet. Det er derfor nødvendig at Helse Bergen har gode strategiprosesser og strategiske løsninger for at arbeidet skal være mest hensiktsmessig.

I likhet med Metodikk for nærværarbeid, forteller informant 3 at Helse Bergen har etablert sykefraværsside på Intranett (Innsiden.Helse-Bergen.no) som skal bidra med støtte til lederne i sykefraværarbeidet. Formålet er å utvikle en visjon og strategi for organisasjonen når ledere møter utfordringer i arbeidet. Dette er knyttet til at Helse Bergen må ha de nødvendige ressursene og kompetanse for å gjennomføre strategien på en mest mulig effektiv måte. På den måten blir ansatte involvert i strategiarbeid, og det er samtidig viktig at alle ansatte forstår og støtter Helse Bergen sin visjon og strategi for at en skal lykkes.

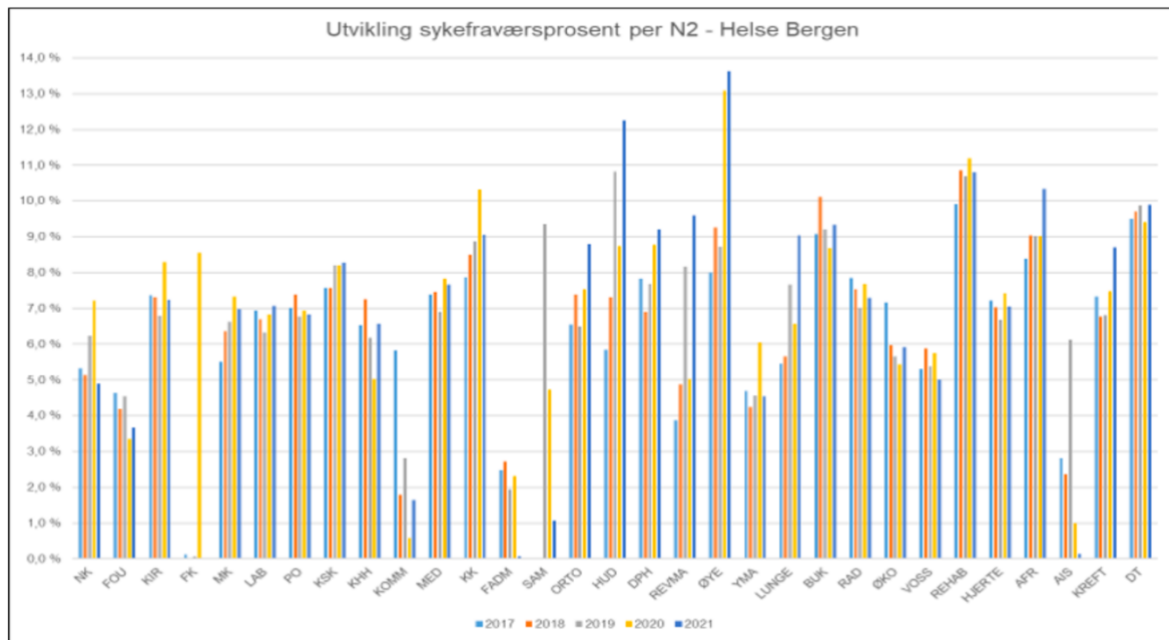
«Det er viktig at alle ledere har en forståelse for hva som er byggesteinene for å få et arbeidsmiljø med høyt nærvær. Fundamentet i nærværarbeidet må være på plass før man setter i gang med nye tiltak» (Styresak 35/22 O s 5). Styresaken fremhever hvor viktig det er at alle lederne i Helse Bergen forstår hva som påvirker arbeidermiljøet, for hvis ikke hjelper ikke nye tiltak.

For å redusere sykefraværet hos Helse Bergen, er det hensiktsmessig å få en oversikt over hva som skaper det sykefraværet som virksomheten har. I kontekst kapittelet ble årsaker til sykefravær fra samfunns-, virksomhet- og individnivå presentert. Einarsen et al. (2021) hevder at en må rette søkelys på generelle forbedringer i arbeidsmiljøet. Dette kan utforskes nærmere gjennom Forbedringsundersøkelsen som alle ansatte i Helse Bergen skal gjennomføre. Derimot viser ikke empirien hvilke faktorer som bidrar til sykefravær hos Helse Bergen utover det informant 1 forteller. Selv om Forbedringsundersøkelsen kartlegger hvordan arbeidsmiljøet er, gir den ingen spesifikke indikasjoner på hvorfor sykefraværet er som det er. Figur 4 illustrerer resultat fra Forbedringsundersøkelsen med fokus på jobbtrivsel, engasjement, og støtte i Helse Bergen. Tallene alene reflekterer et bilde om at man har lyktes med tiltakene som er blitt iverksatt. Forbedringsundersøkelsen gir også rom for å sammenligne resultatene en har fra tidligere, for deretter se om enheten(e) skal utarbeide nye handlingsplaner eller tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet.

Det kan rettes kritikk til meg som forsker, for å ikke ha spurt alle informantene om hva som er årsaken til sykefravær hos Helse Bergen. Til forskjell fra studiens informanter trekker dokumentanalysen fram arbeidets art, turnus, tunge løft og emosjonelle belastninger som noen av forklaringsfaktorene for hvorfor Helse Bergen har sykefravær. Derfor har Helse Bergen utviklet noen generelle prinsipper for hvordan organisasjonen skal utvikle strategi for å redusere sykefraværet.

Det er viktig å merke seg at strategier for å redusere sykefravær ofte er komplekse og kan kreve et tverrfaglig samarbeid mellom ulike avdelinger og ansatte i organisasjonen. Derfor er det i mange sammenhenger nyttig å involvere ansatte, tillitsvalgte og verneombudet i utviklingen og implementering av strategier for å sikre at gjennomføringen skjer mest mulig effektivt, noe som Helse Bergen også har gjort i forbindelse med «*Der skoen trykker*». Det er operativ ledelse som er ansvarlig for at tiltakene blir iverksatt og fulgt opp på en effektiv måte. Strategisk ledelse må være klar og tydelig på hva målene og tiltakene er, og på den andre siden må den operative ledelsen ha de nødvendige ressursene og støtten til å implementere dem. I denne sammenheng er det operativ ledelse (de som leder medarbeidere), som må prioritere tid på å ivareta arbeidsgiveransvar og tar hovedsakelig tar operative beslutninger.

Helse Bergen har varierende sykefraværsprosent, noen avdelinger har høyere fravær enn andre. Det betyr at lederne i Helse Bergen vil ha ulikt operativt behov for å gjennomføre strategiske vurderingene som har blitt presentert. Avdelinger som har høyt sykefravær, så vil «sykefravær strategien» som for eksempel *Der skoen trykker* og nærværarbeid ha større betydning av den grunn at strategien tar opp nærliggende problemer som enheten står ovenfor, i større grad enn i de avdelingene som har lavt sykefravær.



Figur 7. Utvikling sykefraværsprosent per N2 – Helse Bergen (Styresak 35/22 O, 2022, s 3).

Som figur 7 viser, har avdelingene til Helse Bergen varierende fraværsrate. Figuren illustrerer fraværsraten fra 2017 til 2021 med ulike fargekoder. Det finnes sjelden én løsning som passer alle. Det er derfor viktig at hver enhet tar ansvar for å indentifisere og håndtere utfordringer som enheten står ovenfor knyttet til sykefravær.

6.3.2 Er sykefraværarbeid en del av det daglig arbeidet?

Empirikapittelet viser at arbeidet med å redusere sykefravær varierer, og at enhetene/avdelingene har ulikt og forskjellig behov. Dette gjenspeiler seg i hva informant 2 forteller «(...) Jeg tror det er veldig forskjellig der ute. Noen har det høyt på agendaen, mens andre har det nok litt lavere på agendaen». Nærværarbeid er en av flere strategiske føringer som Helse Bergen har implementert i hele virksomheten. Imidlertid har Helse

Bergen samtidig andre strategiske føringer og mål, og ifølge informant 2 blir disse initiativene brukt i varierende grad. På et overordnet nivå har Helse Bergen implementert «*Der skoen trykker*», og «*Tidlig og tett på*» som er i oppstartsfasen.

Opplever lederne selv at det de gjør i forhold til sykefravær som strategisk, eller er det bare en del av det daglige arbeidet? Informant 1 «*(...). Ledere er folk som i utgangspunktet jobber med sykefravær hele tiden. Men jeg tror ikke de ser det helt selv. Derfor må vi prøve å få de til å forstå at når de lager turnus så må den være mest mulig jevn. Det er en måte å jobbe med sykefravær på*». Empirien i studien viser at selv om nærværarbeid er en strategisk føring virksomheten har, blir arbeidet utført i ulikt omfang. Ledere er ikke alltid klar over hvilke konkrete valg som blir tatt i forbindelse med sykefravær. Selv om nærværarbeid ble satt på dagsorden i 2022, har denne tankegangen eksistert før implementeringen av strategien. Informant 4 fortalte at «*(...)Vi har snakket om nærvær i mange år, og har hatt prosjekt på det*». I den sammenheng har det blitt diskutert hva avdelingen kan gjøre for å holde ansatte lenger i jobb, og hva som er årsaken til at ansatte er borte fra jobb, og deretter jobbe systematisk rundt dette.

Ut fra hva informant 4 forteller, har nærværarbeid blir internalisert ut fra de standpunkter som styret i Helse Bergen har tatt. På motsatt side fremviser informant 1 et annet bilde, og det kan tyde på at nærværarbeid bare er gjenstand for strategi som kommer ovenfra. Begrunnelsen for dette må sees i sammenheng i hva informant 1 forteller «*Ledere er folk som i utgangspunktet jobber med sykefravær hele tiden. Men jeg tror ikke de ser det helt selv*». Ut ifra denne tilnærmingen, kan det tyde på at det ikke er noen klare linjer for hva som er strategisk i forhold til nærværarbeid og hva som er sykefraværarbeid på generell basis. Funn i studien indikerer at bransjeprogrammet «*Der skoen trykker*» har hatt større påvirkning en nærværarbeidet i sin helhet. Det er fordi avdelingene som deltok hadde allerede et relativt nivå av sykefravær. Videre representerer «*Der skoen trykker*» en strategisk vurdering som lederen tar for avdelingen. Det er fordi prosjektet var frivillig, men det stiltes likevel krav som motivasjon for deltakelse. Programmet er krevende, og for å oppnå resultater kreves det et godt arbeid fra alle parter. På den måten peker programmet på at hvilke konkrete valg lederen tar, har videre konsekvenser for avdelingen.

IA-avtalen og nærværarbeid kan betraktes som organisasjonsoppskrifter i lys av teorien på flere måter. For det første kan IA-avtalen betraktes som en tilpasning mellom eksterne krav og organisasjonenes spesifikke behov. Helse Bergen har derfor valgt å adoptere IA-avtalen som en praksis for å imøtekomme kravene fra myndighetene om å redusere sykefraværet og fremme et inkluderende arbeidsliv. Organisasjonen kan tilpasse IA-avtalen ved å justere hvordan den blir implementert, noe de har gjort ved å benytte tiltakene de anser som mest hensiktsmessige for å løse de utfordringene de står overfor. For det andre anses IA-avtalen som et resultat av oversettelsesprosesser, der den blir tolket og tilpasset ulike organisasjoner, slik som bransjeprogrammet «*Der skoen trykker*». Både nærværarbeid og IA-avtalen krever aktivt ledelsesengasjement for å lykkes. Dette skyldes at ledelsen spiller en viktig rolle i å sette mål, kommunisere viktigheten av god helse og nærvær, samt støtte gjennomføringen av tiltakene. Dette ledelsesengasjementet kan oppfattes som en del av organisasjonsoppskriften for å fremme nærvær og redusere fravær.

Et annet viktig moment er at Helse Bergen må tilpasse seg endringene i omgivelsene og behovene til de ansatte for å oppnå suksess. Dette inkluderer endringer i arbeidsforhold, organisasjonsstruktur og arbeidsrutiner. Denne tilpasningen kan bedømmes som en del av organisasjonsoppskriften for å implementere tiltakene og gjøre dem relevante for Helse Bergen.

Enhetlig ledelse handler om integrering av ulike hensyn inn under en underrolle, det er dermed naturlig å tenke at sykefraværarbeidet er integrert som en del av ledelsesfunksjonen. Midlertidig kan enhetlig ledelse være utfordrende å gjennomføre i praksis spesielt i store organisasjoner. Det er fordi det er mange ulike avdelinger og enheter som skal integreres. En annen utfordring er å sikre at sykefraværarbeidet ikke blir en separat og isolert funksjon i organisasjonen, men heller en integrert del av ledelsesfunksjonen. For å redusere sykefraværet og øke nærværet på arbeidsplassen må derfor sykefraværarbeidet innlemmes i organisasjonens overordnede strategier og målsetninger, og være en del av den daglige driften på alle nivåer i organisasjonen.

6.3.3 Oppsummering

Strategier for å redusere sykefravær er ofte komplekse, og sammensatte. Nærværarbeid er

Helse Bergen sin overordnende strategi for å redusere sykefraværet. Likevel peker diskusjonen på at nærværarbeid bare er gjenstand for strategi som kommer ovenfra. For å lykkes med strategien, må hele virksomheten forstå strategiens verdier og deres effekt. Derfor må målene bli presentert tydelig og klart slik at ledelsen vet hvilke mål de skal strekke seg etter. Selv om nærværarbeid kom på agendaen i 2022, har det likevel vært noe som Helse Bergen har jobbet med i en lang tid tidligere.

6.4. Hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet?

Studien har delt problemstilling; hvordan jobber Helse Bergen med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet? Det er verdt å merke seg at selv om Helse Bergen utarbeider og gjennomfører flere tiltak for å redusere sykefraværet, er helsevesenet en krevende arbeidsplass med høy risiko for skade og sykdom. Det er fordi helsepersonell er utsatt for fysiske og psykiske belastninger i jobben sin. Dokumentanalysen viser at ansatte opplever ofte at arbeidet utføres i et hektisk og stressende miljø (Håpnæs et al. 2018). Selv om Helse Bergen gjennomfører og etablerer en rekke tiltak, vil det alltid være en risiko for at ansatte blir syke. Derfor er det viktig at enhetene og avdelingene forsetter å jobbe med å forebygge sykdom og skader, samtidig som en opprettholder gode rutiner med sykemeldte.

Det er også viktig å bemerke at arbeidsbelastning, arbeidsmiljø og organisering av arbeid er alle elementer som blir trukket frem i rapporten *Sykefraværarbeid i sykehus* (2018). Dette gjenspeiler seg også i hva informantene i studien forteller. Det kan se ut til at Helse Bergen bør undersøke arbeidsmiljøet og organiseringen av arbeidet enda grundigere enn det de har gjort til nå, i tillegg til de tiltakene de allerede har iverksatt. På den måten kan en argumentere med at Helse Bergen har en helhetlig tilnærming til problemer med sykefravær. Dette vises med deres fokus ved å kombinere forebyggende tiltak og tiltak for å følge opp sykemeldte. Likevel kan Helse Bergen ha et enda større fokus på hva som er årsaken til at det forekommer sykefravær hos Helse Bergen.

Resultatene fra Forbedringsundersøkelsen 2022 viser indikasjoner på hva som kan forbedres. Undersøkelsen tar blant annet opp arbeidsforhold, opplevd lederatferd for medarbeidere, fysisk arbeidsmiljø og oppfølging. Alle disse temaene er relevante for sykefraværarbeid, og kan på samme sett være kilde til sykefravær. Resultatene fra

arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemiddel²⁰. Undersøkelsen tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse for den ansatte. Rapporten understreker at dette er risikofaktorer som det er viktig å ta hensyn til. Høye tall indikerer på at ansatte har tilstrekkelig med hjelpemidler og ressurser, samt at tempo ikke er belastende eller for stor arbeidsmengde.

Selv om empiren fremviser et positivt bilde, tyder derimot rapporten (Helse Bergen 2022) på at Helse Bergen likevel har utfordringer. Arbeidsforhold er et av tre temaer som skårer lavt i undersøkelsen med 30 poeng. Videre påpeker rapporten at arbeidsforhold gikk fra 73 poeng til 75 poeng fra 2020 til 2021, og deretter ned igjen til 74 poeng i 2022²¹.



Figur 8. Resultater av Arbeidsbelastning (Helse Bergen, 2022, s. 7)

²⁰ Helse Bergen Resultatrapport Forbedring 2022, lest 05.03.2023
<https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2022-06-23/Styresak%2050-22%20Vedlegg%201.%20Rapport%20ForBetring%202022.pdf>

²¹ Helse Bergen Resultatrapport Forbedring 2022, lest 05.03.2023
<https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2022-06-23/Styresak%2050-22%20Vedlegg%201.%20Rapport%20ForBetring%202022.pdf>

Studiens teoretiske rammeverk ser på ledelse som en viktig brikke i forbindelse med sykefraværsproblematikken. Temaet «opplevd lederatferd» retter oppmerksomheten mellom leder og medarbeider. Både studiens informanter og dokumentanalysen fremmer at leder har stor betydning for arbeidsmiljøet. Undersøkelsen viser at høy skår indikerer god ledelse. Tallene fra undersøkelsen viser en samlet skår på 84 poeng i 2020 og 2022 (Helse Bergen, 2022, s. 11).

6.5 Hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet?

6.5.1 Effekter på sykefravær

Enehaug, El-Amerani og Vestøl (2022) uttrykker at innenfor evalueringsmetodikk legges det vekt på å etablere teorier om hvordan tiltak og/eller virkemiddel antas å virke gjennom endringsteori (Enehaug et al. 2021, s. 2). Det betyr å beskrive hypotetisk årsak-virkningssammenhenger som forklarer hvordan tiltakene forventes å bidra til å oppnå de ønskende resultatene som organisasjonen har satt seg. Effekt handler om å oppnå et ønsket resultat med en bestemt innsats, i denne sammenhengen handler det om at IA-avtalen har blitt benyttet som et redskap for å redusere sykefraværet. Gjennom studien finner jeg ingen informasjon om Helse Bergen har klargjort noen konkrete mål for IA-tiltakene utover et ønske om å få nedgang i sykefraværet.

Empirikapittelet viste at informantene syntes det var vanskelig å si noe om IA-avtalen har noen sammenheng med reduksjonen av sykefraværet. Alle har ikke jobbet med IA-tiltakene aktivt i avdelingen eller enheten. Derfor vil sykefraværsprosenten også være varierende, fordi noen har høyere sykefravær og andre har lavere. For å kunne svare på hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet, har det vært avgjørende å få et bilde av hvordan Helse Bergen måler tiltakene sine. Det er fordi måling har en betydning om virkningen av tiltaket. I det empiriske materialet blir måling av tiltak belyst fra flere ulike sider.

6.5.2 Instrumentelle effekter

Instrumentelle tiltak har som mål å redusere sykefraværet. Eksempler på slike tiltak er tilrettelegging av arbeidsoppgaver, tidlig intervensjon, samt forebygging av sykdommer og skader. Ifølge informantene i studien er tilrettelegging utfordrende, men det er likevel

lovpålagt å gjøre så langt det er mulig. Tilrettelegging kan ha en positiv effekt på motivasjon og trivsel på arbeidsplassen, noe som igjen kan føre til reduksjon i turnover og økt lojalitet til arbeidsgiveren. Videre er det etisk riktig å tilrettelegge for ansattes behov, spesielt når det gjelder helse- og omsorgspersonell, da de arbeider for å ta vare på pasienter og deres helse. Ved å ta vare på ansattes helse og trivsel, vil Helse Bergen kunne gi bedre omsorg og behandling til pasientene sine.

Imidlertid er det også faktorer som kan gjøre det vanskelig å tilrettelegge på et sykehus. For det første kan det være variasjon i arbeidsoppgaver, noe som kan gjøre det utfordrende å tilrettelegge for alle ansatte. Noen ansatte kan ha fysisk krevende arbeidsoppgaver, mens andre kan ha mer mentalt krevende oppgaver. For det andre kan Helse Bergen være utsatt for høyt arbeidspress, og dette kan gjøre det vanskelig å tilrettelegge for ansattes behov på grunn av tidsbegrensninger. Leder og arbeidsgiver i Helse Bergen kan mangle kunnskap og erfaring når det gjelder å tilrettelegge for ansatte, og dette kan gjøre det vanskelig å identifisere behovene til de ansatte og finne tiltak som hjelper.

Alle informantene i studien fremhever viktigheten av god kommunikasjon på arbeidsplassen, og hvorfor trekantsamtaler (samtaler mellom leder, verneombud og tillitsvalgt) er viktig. Ved å gjennomføre slike samtaler kan man identifisere årsakene til sykefravær, og samtidig utvikle nye løsninger. Disse løsningene kan omfatte tiltak som bedre opplæring og utvikling av ansatte, samt forbedring av arbeidsmiljøet. Trekantsamtaler kan styrkes videre ved at partene diskuterer hvordan man kan forebygge fremtidig sykefravær og adressere mulige problemer før de blir alvorlige. En annen viktig fordel med trekantsamtaler er at de bidrar til å forbedre kommunikasjonen og samarbeidet mellom partene. Dette kan igjen skape et bedre arbeidsmiljø. Det er derfor viktig at Helse Bergen fortsetter å gjennomføre trekantsamtaler som en del av sin sykefraværstrategi.

6.5.3 Motivasjon

«Der skoen trykker» er et konkret eksempel på hvordan god dialog bidrar til å redusere sykefraværet. Empirien viste at «den ene enheten gikk fra 3,3 prosent til 1,4 prosent egenmeldinger. (...) Den andre enheten gikk fra 3,8 prosent til 0,7 prosent (...)». Det kan

likevel tenkes at det er andre effekter som også påvirker sykefraværet, som ikke er like målbare. Ved at Helse Bergen jobber med «motivasjon» over en periode, er ønsket tilstand at sykefravær går ned. For å vurdere om motivasjon har ført til nedgang i sykefraværet, kan Helse Bergen gjennomføre flere tiltak. For det første kan Helse Bergen samle inn data om sykefravær før og etter at motivasjonstiltakene blir gjennomført. For det andre kan Helse Bergen sammenligne dataene før og etter at motivasjonstiltakene har blitt satt i gang for å se om det har vært en nedgang i sykefraværet. For det tredje er det viktig at Helse Bergen undersøker om nedgangen i sykefravær skyldes motivasjonstiltakene som har blitt implementert eller om det er andre faktorer som spiller inn. For det fjerde må Helse Bergen vurdere de kvalitative aspektene, inkludert tilbakemeldinger fra ansatte og deres erfaringer med motivasjonstiltakene. Avslutningsvis kan Helse Bergen justere og videreutvikle de tiltakene som har vist seg å fungere. Dokumentanalysen og intervju med nøkkelpersoner viser dessverre ikke at Helse Bergen har gjennomført en slik vurdering av motivasjon.

6.5.4 Endring og tilpasning

Endring og tilpasning er to effekter som kan påvirke sykefraværet, og det kan være utfordrende å måle eller kvantifisere dem. På den ene siden kan endringer føre til økt usikkerhet, motstand blant ansatte og stress. På den andre siden kan endringer resultere i økt motivasjon og engasjement hvis ansatte opplever dem som positive. Når det gjelder tilpasning, handler det om å få ansatte i Helse Bergen til å tilpasse seg endringer og utfordringer på arbeidsplassen. Ansatte som har god evne til å tilpasse seg, kan ha mindre tendens til å ta sykefravær, da de ikke opplever like mye stress og motstand. Ansatte som synes tilpasning er utfordrende, kan derimot oppleve større vanskeligheter på jobben, noe som kan føre til sykefravær. Endring og tilpasning er komplekse faktorer som påvirker sykefraværet på ulike måter, uavhengig av ledelse, kommunikasjon, organisasjonskultur og individuelle egenskaper hos de ansatte. Det kan derfor være vanskelig og utfordrende å måle og forstå effektene i sykefraværsanalyser.

6.5.5 Strategi og strategiske beslutninger

Som analysen har diskutert tidligere, er det mange faktorer som påvirker sykefraværet. Det kan derfor være vanskelig å måle effekten av en enkel strategi som nærværarbeid. Det er

fordi det kan flere strategier eller tiltak som er satt i gang samtidig, og det kan dermed være vanskelig å fastslå hvilken strategi som har hatt størst effekt på å redusere sykefraværet. Samtidig kan det være vanskelig å måle sykefravær nøyaktig og pålitelig. Selv om det finnes standardiserte metoder for å måle sykefravær, vil det likevel være tilfeller der det er variasjoner i hvordan sykefravær blir rapportert og registrert. I tillegg påvirkes sykefraværsraten av faktorer som sesongvariasjoner, korona, tilfeldige hendelser og endringer i arbeidsstyrken som ikke nødvendigvis er relatert til en spesifikk strategi eller tiltak.

Helse Bergen kan konkret gjennomføre regelmessige og systematiske målinger av sykefraværsraten, samt evaluere arbeidsmiljøet og organisasjonskulturen i enda større grad enn bare Forbedringsundersøkelsen. Ved at Helse Bergen bruker pålitelige målemetoder og evaluerer regelmessig effekten av strategier og tiltak, kan dette videre være med på å øke sjansene for å fastslå en årsakssammenheng mellom strategi (nærværarbeid og «*Der skoen trykker*») og reduksjon av sykefravær.

Når man prøver å fastslå om en strategi har hatt effekt på sykefraværet, må en derfor ta hensyn til ulike faktorer og deres komplekse samspill. De enhetene som var med i prosjektet «*Der skoen trykker*», hadde også nærværarbeid som sin overordnede strategi. Derfor kan det være utfordrende å fastslå strategienes betydning, da Helse Bergen har satt i gang flere strategier og tiltak samtidig. I empirikapittelet fortalte jeg også at den ene enheten gjennomførte omstillinger i perioden prosjektet pågikk, og den andre enheten fikk ny leder. Det betyr også at endringer i arbeidsmiljøet kan ha påvirket sykefraværnivået. Et annet relevant punkt er at det kan være vanskelig å fastslå om sykefravær skyldes en reell helsemessig tilstand eller om det skyldes andre faktorer som for eksempel konflikter, manglende arbeidsmotivasjon.

6.5.6 Andre faktorer

Eksempler på andre effekter som er vanskelig å måle er sosial støtte, arbeidsmiljø, økonomisk trygghet og kulturelle faktorer. Sosial støtte kan påvirke sykefraværet, da ensomhet, stress, angst og depresjon kan føre til økt sykefravær. På en annen side kan sosial støtte bidra til å skape positive relasjoner og dermed redusere sykefraværet. Et annet viktig

aspekt er arbeidsmiljøet. Et dårlig arbeidsmiljø kan føre til helseproblemer som utbrenthet, muskelsmerter og stress, som igjen kan resultere i økt sykefravær. Derfor må det legges til rette for tilstrekkelig bemanning, tilrettelegging på arbeidsplassen og støtte fra ledere og kollegaer. Kulturelle faktorer kan også spille en rolle i sykefraværet. Noen kulturer har høy terskel for å sykemelde seg, mens andre kan være mer åpne for å ta pause fra arbeidet når man ikke føler seg så bra.

6.5.7 IA-avtalen

Analysekapittelet har diskutert uenigheten rundt effekten av IA-avtalen på sykefraværet. Noen informanter i studien hevder at fokus på sykefraværarbeid er årsaken til at Helse Bergen har redusert sykefraværet sitt, mens andre argumenterer for at det skyldes gode virkemidler som «*Tidlig og tett på*», «*HelseIArbeid*», og «*Der skoen trykker*».

Ettersom Helse Bergen ikke har gjennomført noen direkte målinger utover å se på tallene direkte, er det derfor ingen klar sammenheng om det er IA-avtalen i seg selv som har bidratt til nedgangen i sykefraværet, eller om det foreligger andre årsaker. En studie som er utført av STAMI viser at det er generelt lite som tydet på at eksistensen av sykefravær har blitt påvirket av IA-avtalen, imidlertid viser studien derimot at sykefravær knyttet til muskel- og skjelettlidelser samt psykiske lidelser har blitt redusert blant dem som jobber med IA-tiltakene (STAMI, 2022). Tallene til Helse Bergen viser at egenmeldt sykefravær har gått ned fremfor legemeldt sykefravær. Studien fra STAMI viser likevel at IA-avtalen kan redusere lengden av sykefravær som varer mer en 16 kalenderdager, noe som er en forskjell fra resultatene til Helse Bergen. Som et resultat av dette, tyder det på at IA-tiltakene har større effekt på lengden av sykefraværperioden ifølge STAMI, og selve forekomsten av sykefravær (STAMI, 2022). Dette kan bli sett på som litt motstridende, da det er naturlig å tenke seg at ved å forebygge uheldig arbeidsmiljø gjennom «*Der skoen trykker*», vil en også få effekter som gjør at ansatte synes det er hyggelig, trivelig og ser på det som større fordeler ved å være på arbeidsplassen enn å være hjemme selv om kroppen i utgangspunktet har det vondt.

6.6 Oppsummering

Studiens analyse viser at Helse Bergen tar i bruk en rekke virkemidler for å redusere sykefraværet. Det er ikke et enkeltstående tiltak som står for nedgangen, men snarere en

gruppe av tiltak som de ulike avdelingene benytter seg av. Fordi nivået av sykefravær varierer mellom ulike avdelinger og enheter, vil også behovet for tiltak være varierende. Likevel har Helse Bergen en helhetlig tilnærming til arbeidet med sykefravær, og dette inkluderer å fokusere på forebyggende arbeidsmiljøarbeid, å involvere de ansatte i beslutninger som skal tas, å ha god dialog mellom leder og ansatt, årlig gjennomføring av forbedringsundersøkelsen for å måle temperaturen av arbeidsmiljøet. Et annet tiltak er samtaler mellom verneombud, tillitsvalgt og leder (trekantsamtaler) for å forbedre samarbeidet.

Motivasjon kan ha en positiv effekt på sykefraværet, da det kan føre til en følelse av tilhørighet og redusere risikoen for stress og utbrenthet på arbeidsplassen. IA-avtalen og nærværarbeid kan betraktes som organisasjonsoppskrifter, og Helse Bergen har valgt å adoptere IA-avtalen som en praksis for å redusere sykefraværet og fremme et inkluderende arbeidsliv. Slik som empirien viser, er det imidlertid vanskelig å si noe om IA-avtalen har noen sammenheng med reduksjonen av sykefraværet. Da enhetene som har benyttet for eksempel «*Der skoen trykker*» har parallelt også tatt i bruk Helse Bergen sin overordnede strategi. Helse Bergen har ikke gjennomført noen målinger direkte av IA-arbeidet utenom tallene som ble fremstilt ved nedgang av egenmeldt sykefravær. Det er derfor en utfordring å fastslå om IA-avtalen i seg selv har hatt en klar innvirkning på reduksjonen i sykefraværet, eller om det er andre faktorer som også spiller en rolle

7.0 Et mangfold av tiltak for å redusere sykefraværet

Studien har undersøkt hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet. Sykefravær kan skyldes ulike faktorer og Ose (2016) skiller mellom individ-, virksomhet og samfunnsnivå. Det er viktig å skille mellom disse nivåene for å kunne identifisere effektive tiltak for å redusere sykefraværet. En beskrivelse av ulike typer sykemeldinger er også viktig, da det gir arbeidsgivere og arbeidstakere en bedre forståelse av årsakene bak fraværet. Ved å identifisere årsakene, kan arbeidsgiver og arbeidstaker samarbeide om å utvikle målrettede tiltak for å redusere fraværet. Et eksempel på et viktig verktøy i dette arbeidet er gradert sykemelding, som tillater arbeidstakere å fortsette å jobbe på deltid mens de trenger en midlertidig reduksjon i arbeidsbelastning på grunn av helseproblemer. Gradert sykemelding bør alltid være det første valget før full sykmelding blir vurdert.

Helse Bergen er en IA-virksomhet og har tilgang til ulike virkemidler for å redusere sykefraværet. På 1990-tallet økte antall nye uførepensjonister dramatisk, og Bondevik I-regjeringen nedsatte et bredt offentlig utvalg som skulle utrede årsakene til økningen i sykefravær og tilgangen til uførepensjon. Utredningen førte til NOU 2000:27, som undersøkte ordningens betydning for samfunnet og sosiale forhold, og presenterte tiltak for å begrense tilgangen til uførepensjon og redusere sykefraværet. NOU2000:27 la grunnlaget for IA-avtalen og som ble implementert i 2001.

Metodekapittelet inneholder en beskrivelse og begrunnelse for valg av forskningsdagen. Studien benytter kvalitativ tilnærming og datamaterialet består av dokumenter og intervju med nøkkelpersoner. Ved å begrunne valgene jeg har tatt, er det lettere å vurdere validitet og relabilitet for studien. Jeg har derfor lagt vekt på å gi en klar og detaljert beskrivelse og begrunnelse av forskningsdesignet for å sikre tydelighet og grundighet. Siden det var dataene som la grunnlag for valg av teori besto det det teoretiske rammeverket av ulike tradisjoner for ledelse herunder motivasjon, endringsledelse og IA-avtalen som organisasjonsoppskrift.

Analysekapittelet forsøker å gi svar på studiens problemstilling gjennom å diskutere forventningene. Studien viser at Helse Bergen benytter flere virkemidler for å redusere sykefraværet, og at IA-avtalens virkemidler har stått sentralt i arbeidet i noen av enhetene til Helse Bergen. Likevel er det noen enheter som har jobbet mer aktivt med sykefravær enn andre, og har derfor hatt behov for ulike tiltak. Gitt IA-avtalen og arbeidsmiljøloven hvor systematisk kunne en forvente at Helse Bergen skulle jobbe på? Måten det jobbes på, og kompleksiteten i sykefraværsarbeidet gir et inntrykk av at det er mindre systematisk enn det jeg forventet. Selv om nærværsarbeidet fokuserer på å jobbe systematisk og grundig med arbeidsmiljøet, kan det tyde på at dette tiltaket alene ikke reduserer sykefraværet til Helse Bergen, men at det er sammensatt av økt fokus på nærvær, motivasjon, tilrettelegging og god kommunikasjon.

7.1 Hovedfunn

Ledelse har en essensiell rolle i å redusere sykefraværet på arbeidsplassen. Funnene viser at enhetlig ledelse bidrar til å skape en kultur der ansatte vet at arbeidsmiljø og helse er en integrert del av organisasjonens mål og verdier. Dette vises gjennom nærværsstrategien som Helse Bergen har implementert. Samtidig jobber ledere i Helse Bergen med å følge opp ansatte som har vært borte på grunn av skade eller sykdom, og sørger for at ansatte får den nødvendige støtten og tilretteleggingene de behøver for å komme tilbake til jobb. Dette henger sammen med at ledelsen i Helse Bergen har implementert tiltaket «*Tidlig og tett på*» som fokuserer på langvarig og/eller gjentakende, hyppig fravær i de avdelingene som har slitet med hyppig sykefravær. Sykefravær er alltid i endring, og Helse Bergen må derfor finne løsninger som passer til deres utfordringssituasjon. Avtalen om et inkluderende arbeidsliv viser at reduksjon av sykefravær ikke er en enkel oppgave, og samarbeid mellom partene i arbeidslivet og regjeringen bidrar til å øke fokuset rundt sykefravær. Både dokumentanalysen og studiens informanter ser på reduksjon av sykefravær som en kompleks oppgave som det er viktig å jobbe aktivt med.

Studiens funn indikerer at Helse Bergen har hatt et betydelig fokus på nærværsarbeid, men har likevel implementert andre tiltak som «*Der skoen trykker*», «*Tidlig og tett på*» og «*HelseIArbeid*», som er IA-virkemidler. Dette viser at Helse Bergen bruker en rekke tiltak for å redusere sykefravær på arbeidsplassen. Selv om nærværsarbeid er Helse Bergens

overordnede strategi, er det viktig at alle ledere har forståelse for hva som er nødvendig for å få et godt arbeidsmiljø med høyt nærvær (Styresak 35/22 O, 2022). Uten denne forståelsen vil strategiens betydning forsvinne.

I starten av studien presenterte jeg tre forventninger som videre utviklet seg til tre dimensjoner. Den første forventningen var: «*Ledere har stor innvirkning på ansattes motivasjon på jobben. Å få hjelp, støtte og bli sett av sin leder er sentralt for å forstå motivasjon i organisasjonen.*» Både dokumentanalysen og studiens informanter påpeker at motivasjon er viktig for å lykkes med å redusere sykefraværet. Derfor får ledere i Helse Bergen kurs og veiledning om motivasjon. Motivasjon er også en av drivkreftene for deltakelse i bransjeprogrammene som IA-avtalen tilbyr. For å lykkes med å redusere sykefraværet, må hele arbeidsmiljøet samarbeide. Teorikapittelet viste at motivasjon er essensielt for å opprettholde et godt arbeidsmiljø og dermed redusere sykefravær. Helse Bergen vil alltid ha ansatte med varierende motivasjon, derfor har ledere stor påvirkning på ansattes motivasjon. Dette var noe studiens informanter var klar over og påpekte at for å øke motivasjonen må en snakke med den enkelte ansatte og at leder eller driftskordinator må jobbe tett med de ansatte på arbeidsplassen.

Den andre forventningen var «*ledere spiller en sentral rolle i planlagte endringsprosesser, og dermed vil det være ledelsesutøvelsen som er avgjørende for om prosessene blir vellykkede*». Informantene i studien påpeker at IA-avtalen har ført til endringer i prioriteringene som Helse Bergen har gjennomført, på grunn av hvordan avtalen oppfattes. Derfor er ledelse sentralt i dette arbeidet. Å redusere sykefraværet i Helse Bergen har flere fordeler. For det første bidrar det til at arbeidsstyrken blir stabil, og at enkelte ansatte ikke blir overarbeidet med oppgaver som må tas over når en kollega er syk. For det andre skaper det et mer stabilt arbeidsmiljø, som reduserer stress og tap av motivasjon. Derfor spiller ledelse en essensiell rolle i å skape en kultur som støtter endringer og tilpasninger på arbeidsplassen. Dette gjenspeiles i det arbeidet som Helse Bergen gjør for å lykkes med endringsprosesser. Klinikkdirktører og divisjonsledere har jevnlig møter hvor de diskuterer hva som kan forbedres, og hva som allerede fungerer bra i enheten. Dette er et bevisst valg som Helse Bergen tar for å øke forståelsen knyttet til endringene som enhetene må gjøre for å oppnå vellykket utvikling.

Den tredje forventningen var «*ledelse blir assosiert med personer som innehar lederposisjoner og beslutningsmyndighet. Dette gir lederne en sentral rolle i å forstå hvorfor og hvordan strategiske beslutninger blir gjennomført*». Studien har vist at Helse Bergen bruker nærværarbeid som sin overordnede strategi for å redusere sykefraværet. Når ledelsen skal gjennomføre endringer og ta beslutninger som påvirker de ansatte, blir disse tatt i samråd med de ansatte. Enheter utarbeider handlingsplaner som deretter går i Synergi for å utarbeide aktiviteter og tiltak som kan styrke arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet. Lederen godkjenner og legger til rette for aktivitetene og tiltakene som blir presentert. Det var lederen som tok avgjørelsen om å delta i prosjektet «*Der skoen trykker*», og selv om motivasjon var en avgjørende faktor, var det likevel fokus på lederen om gjennomføringen skulle lykkes eller ikke.

Verken IA-avtalen eller ledelsesinnsatsen kan sees på som separate og uavhengige faktorer som påvirker sykefravær alene. I stedet er disse to faktorene er gjensidig påvirket og sammenkoblet, og at det er nødvendig å betrakte dem i sammenheng for å kunne forstå deres samlede effekt på sykefraværet. Veldig mye er ledelse og en del er IA, men det er også en rekke andre faktorer som organisasjonskultur, turnus, generelt arbeid med arbeidsmiljø og motivasjon. Ledelse i den sammenheng er mer enn IA-avtalen, og sykefravær handler også en god del om andre ting. Erfaringer har derfor vist at IA-avtalen alene ikke er tilstrekkelig for å håndtere sykefravær. Helse Bergen har derfor valgt å fokusere på nærværarbeid som en del av deres strategi, noe som illustrerer at sykefraværarbeid innebærer mer enn bare å følge IA-avtalen.

Selv om nærværarbeid er en overordnet strategi, bruker avdelingene/enhetene en rekke tiltak som varierer i grad for å redusere sykefraværet. Dette ble også bekreftet av informant 1 gjennom intervju. Helse Bergen benytter en rekke tiltak, inkludert tilrettelegging, motivasjonssamtaler ved mangel på motivasjon, oppfordring til aktiv deltakelse i avdelingens handlingsplaner, fremming av god dialog og lytting, nærværarbeid, samt etablering av informative kanaler som Intranett (nærværsiden). I tillegg til IA-virkemidlene som «*Der skoen trykker*», «*HelseIArbeid*», og «*Tidlig og tett på*» har blitt benyttet. Det er derfor ikke ett enkelt tiltak som bidrar til å redusere sykefraværet hos Helse Bergen. Kun ved å se på tallene

til de enhetene som har deltatt i «*Der skoen trykker*», ser man en reduksjon i sykefraværet. Det er likevel vanskelig å si hvilken effekt avtalen har hatt i sin helhet for Helse Bergen.

Refleksjoner rundt egen studie

Andre metoder var også mulig og verdt å vurdere. For eksempel kunne spørreundersøkelser ha gitt innsikt i hva ansatte tenker om IA-avtalen og arbeidet med å redusere sykefraværet i et større antall. Spørsmål som «Er delmålet om sykefravær i IA-avtalen realistisk for denne arbeidsplassen?», «Opplever du at IA-avtalen bidrar til å redusere sykefraværet på arbeidsplassen?», «Hva er årsaken til sykefravær hos dere» og «Hva mener du er de største utfordringene med å redusere sykefraværet på arbeidsplassen?» ville ha gitt mer detaljert informasjon om ansattes oppfatning av IA-avtalen og sykefraværsarbeidet. Observasjon av arbeidsmiljøet og arbeidsprosesser ville ha gitt en bedre forståelse av hvordan IA-avtalen og sykefraværsarbeid blir gjennomført og praktisert i hverdagen.

Overnevnte spørsmål er spørsmål jeg kunne ha stilt i en spørreundersøkelse. Likevel er det andre spørsmål jeg kunne ha stilt i min studie med samme datasett. «Hva er de største utfordringene Helse Bergen har møtt i arbeidet med å redusere sykefraværet?» eller «Hvordan har ledelsen i Helse Bergen kommunisert IA-avtalen og tiltakene som er implementert til de ansatte?». Til forskjellen fra teorien som studien har benyttet, ville det ha vært hensiktsmessig å benytte teori knyttet til kommunikasjon for å besvare sistnevnte spørsmål. Ifølge Kaufmann og Kaufmann (2015) er kommunikasjon en nødvendig betingelse for sosial innflytelse og påvirkning. Det er generelt en forutsetning for ledere å kunne kommunisere godt og effektivt. Forskning viser at å inneha kommunikativ kompetanse er helt avgjørende for å oppnå effektiv ledelse, uansett organisasjonsform og nivå (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 393).

Analysen besto av to interne dokumenter fra Helse Bergen og jeg kunne ha inkludert flere dokumenter. For eksempel kunne jeg ha brukt arbeidsplaner, strategier eller andre rapporter for å få et bredere og mer detaljert bilde av sykefraværet og IA-arbeidet i organisasjonen. Jeg kunne også ha brukt data fra andre helseforetak for å sammenligne implementeringen av IA-avtalen og arbeidet med å redusere sykefraværet ved å se på statistikk fra IA-arbeidet for eksempel hos Helse Fonna og sammenlignet det med Helse

Bergen fordi begge tilhører fylket Vestlandet. Dette ville ha gitt en sammenligning med andre organisasjoner og kunne ha identifisert suksessfaktorer og utfordringer som ikke var synlige i Helse Bergens dokumenter. Studien fokuserte på dokumenter som hadde sykefravær og IA-avtalen i fokus, mange av dokumentene til Helse Bergen beskrev generell informasjon og gikk derfor ikke i dybden på selve problemet med sykefravær. Derfor er Styresak 35/22 O (2022) sentral i studien fordi dokumentet fokuserer kun på hvordan Helse Bergen kan systematisk forebygge for å forbedre arbeidsmiljøet, som vil føre til en reduksjon av sykefravær ved å fremme nærvær fremfor fravær.

Selv om jeg samlet tilstrekkelig informasjon og data til å besvare problemstillingen, kunne noen nyanser ha blitt utforsket mer grundig. Studien undersøker ikke faktorer som påvirker hvorfor noen ansatte har høyere sykefravær enn andre, eller hvilke typer arbeidsoppgaver og arbeidsmiljøer som har størst innvirkning på sykefraværet. Å inkludere flere nøkkelpersoner (enhetsledere og klinikkdirektører) i intervjuene kunne jeg ha gitt en mer omfattende og variert forståelse av problemstillingen. Likevel var dataene jeg fikk fra de fire informantene tilstrekkelige til å besvare problemstillingen. Alle informantene kom fra ulike avdelinger, og deres erfaringer og perspektiver var derfor varierte og representative for flere deler av organisasjonen. Jeg skulle derimot ønske at jeg fikk avtalt intervju tidligere i prosessen. Det er fordi jo tidligere intervjuprosessen hadde begynt jo større sannsynlighet hadde det vært for mulighet med flere informanter.

7.2 Teoretiske og praktiske implikasjoner

Teoretiske implikasjoner

Jeg har basert mine funn på kvalitativ data gjennom dokumentanalyse, samt semi-strukturert intervju med fire personer som har ansvar for implementering av IA-virkemidler eller sykefraværsarbeid. Denne studien ønsket å finne ut av hvordan Helse Bergen jobber med å redusere sykefraværet og hvilken effekt har IA-avtalen hatt på arbeidet.

Masteravhandlingen har derfor brukt et stort utvalg av ulike teorier. Ved å bruke et bredt utvalg av teoretiske perspektiver, har jeg kunnet gi en bedre forklaring på Helse Bergens tilnærming til å redusere sykefraværet er. De fire hovedbolkene av teori – motivasjonsteorier, endringsledelse, organisasjonsoppskrifter og sykehusteori (enhetlig

ledelse) har gitt ulike innfallsvinkler og forklaringer på Helse Bergens handlinger og betydning av god ledelse for å redusere sykefraværet. Alle teoriene i studien har utfylt hverandre på en god måte ved å gi ulike forklaringer på hvordan Helse Bergen kan redusere sykefraværet som de har på arbeidsplassen. Derfor kan alle teoriene sees på som nyttige og relevante i en studie av reduksjon av sykefravær og effekten av IA-avtalen.

På grunn av oppgavens begrensede omfang, har ikke teoriene blitt utforsket i full dybde. Det er mulig at hvis det ikke hadde vært noen begrensninger, kunne oppgaven ha gitt en mer omfattende innføring og forståelse av temaet. Eksempelvis hadde det vært interessant å gå enda mer i dybden på Herzbergs to-faktorteori for å undersøke hva som driver ansatte til å være produktive og tilfreds på arbeidsplassen. Ved å anvende denne teorien, kan Helse Bergen og andre organisasjoner få et bedre innblikk i hva som kan føre til lavere sykefravær, og kan dermed gjennomføre tiltak som kan øke ansattes motivasjon og trivsel. I tillegg kan teorier om endringsledelse hjelpe organisasjoner med å iverksette endringer som kan føre til reduksjon av sykefravær. Endringsprosesser kan være utfordrende og komplekse, i hvert fall når de involverer store organisasjonsendringer som påvirker de ansattes arbeidsmiljø og betingelser. Ved å anvende en tilnærming basert på endringsledelse, kan organisasjoner styre endringsprosessen på en mer effektiv måte og samtidig at alle relevante interesser blir involvert og engasjert i endringsprosessen som organisasjonen skal foreta.

Teoriene kan samlet sett bidra til å utvikle nye teorier og perspektiver på hvordan organisasjoner kan gjennomføre og implementere tiltak for å redusere sykefraværet. Samtidig kan andre forskere identifisere mulige nye utfordringer og muligheter som kan føre til utvikling av nye teorier og metoder for å håndtere dette. Konkret kan forskning på motivasjonsteorier og endringsledelse bidra til å utvikle nyskapende tilnærminger for å motivere og engasjere ansatte til å jobbe på en måte som reduserer sykefraværet på arbeidsplassen. Dette kan innebære å utvikle en arbeidskultur som prioriterer ansattes velvære og helse på arbeidsplassen, samt å innføre arbeidsordninger som har som formål å redusere arbeidsbelastning og stress.

Praktiske implikasjoner

Helse Bergen har gjennomført strategisk og enhetlig ledelse over flere år for å håndtere sykefraværproblematikken. Ut fra studiens empiri har ikke Helse Bergen konkretisert noen spesifikke mål for å redusere sykefraværet. Bransjeprogrammet «*Der skoen trykr*» viser derimot at Helse Bergen har klart å redusere egenmeldt sykefravær i perioden prosjekt pågikk. Selv om Helse Bergen har klart å redusere sykefraværet i de avdelingene, betyr ikke nødvendigvis at det er dette nivået Helse Bergen vil ligge på. Derfor må Helse Bergen synliggjøre sitt konkrete sykefraværspersentnivåmål.

Helse Bergen vil alltid ha en viss grad av sykefravær, det er derfor viktig å vurdere hva som kan betraktes som et passende nivå. Det er en avgjørelse som Helse Bergen kan ta, og det ville vært spennende å se nærmere på hva som defineres et «sunt og naturlig» nivå av sykefravær. For å gjøre dette kan historiske data og gjennomsnittstall fra sammenlignbare organisasjoner som andre helseforetak, for eksempel Helse Fonna, Helse Stavanger, Helse Nord-Trøndelag, og Helse Viken, benyttes til å undersøke hva som anses som normalt eller akseptabelt. tabell 5 viser at Helse Bergens sykefraværspersent har holdt seg stabilt på 7,5 persent, med unntak av 2020 og 2021. Har andre foretak tilnærmet samme tall på sitt sykefravær? Arbeidsgiver bør likevel alltid ha ambisjoner om å minimalisere sykefraværet, uansett hva som er betraktet som normalt og akseptabelt nivå. Derfor er denne studien relevant for andre i helse- og omsorgssektoren fordi den gir innføring virkemidler og tiltak Helse Bergen benytter for å redusere sitt sykefravær.

Andre organisasjoner eller bedrifter kan dra nytte av funnene i studien ved å effektivisere tiltakene sine for å redusere sykefravær. De kan implementere Helse Bergens nærværstrategi i hele organisasjonen for å forbedre praksisen sin. Funnene kan derfor gi andre organisasjoner innen helsevesenet ideer om hvordan gjennomføring av lignende tiltak kan foregå for å redusere sykefravær. Studien har også ført til økt bevissthet om viktigheten av en helhetlig tilnærming til å redusere sykefraværet. Dette inkluderer økt fokus på arbeidsmiljø og helsefremmende tiltak generelt, og å iverksette forebyggende tiltak.

7.3 Forslag til videre forskning

Studien identifiseres flere interessante perspektiver som kan utforskes videre i fremtidig forskning. Informantene i studien var personer med lederansvar som var involvert i arbeidet med sykefravær eller implementeringen av IA-avtalen. Derfor kan forskere videre undersøke erfaringer og synspunkter fra sykepleiere, leger, psykologer og annet personell for å forstå hvordan ledelsen kan håndtere og skape et godt arbeidsmiljø som reduserer sykefravær på arbeidsplassen. Andre relevante spørsmål kan være hvordan ansatte forstår eget sykefravær, hvordan de selv kan bidra til at også andres sykefravær reduseres samt hvordan de oppfatter og forholder seg til lederens initiativer.

Dokumentanalysen og intervju med nøkkelpersoner indikerer at dårlige turnusordninger kan resultere i høyt stress og sykefravær. Derfor ville det være interessant å studere effekten av ulike arbeidsordninger og turnusplaner på et sykehus, da det kan ha stor betydning både for helsepersonellens trivsel og pasientsikkerheten. En hypotese kan være at arbeidsordninger og turnusplaner har en innvirkning på søvn, psykiske og fysiske helse, og generell trivsel blant helsepersonell. Det kan videre føre økt risiko for sykdom og fravær fra arbeidet. Kunnskap om effekten av ulike arbeidsordninger og turnusplaner kan derfor bidra til å utvikle arbeidsordninger som ivaretar viktig faktorer som helse og trivsel, samtidig som det skal sikre god pasientsikkerhet og pasientbehandling.

Litteraturliste

- Abrahamson, E. (1996). Management fashion, academic fashion, and enduring truths. *Academy of Management Review*, 616-618.
- Andersen, J. A. (1995). Ledelse og ledelsesteorier – Om hvilke svar ledelsesforskning kan gi. Bedriftsøkonomens Forlag.
- Andersen, S. S. (2013). Casestudier: forskningsstrategi, generalisering og forklaring. (Utg. 2) Fagbokforlaget.
- Ansari, S. M., Fiss, P. C., & Zajac, E. J. (2010). Made to fit: How practices vary as they diffuse. *Academy of management review*, 35(1), 67-92.
- Askildsen, G. J. E. (2016). Hva vet vi om sykefraværet? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 97-101.
- Bakke, B., Degerud, E. M. M., Gravseth, H. M. U., Hanvold, T. N., Løvseth, E. K., Mjaaland, B. & Øygardslia, H. (2021). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2021. Status og utviklingstrekk. *STAMI-rappot*
- Bamford, D. R., & Forrester, P. L. (2003). Managing planned and emergent change within an operations management environment. *International journal of operations & production management*, 23(5), 546-564
- Beer, M., Eisenstat, R. A., & Spector, B. (1990) Why change programs don't produce change. *Harvard business review*: 158 – 166
- Bogen, H., & Lien, L. (2015). Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem.
- Bruusgaard, D., & Claussen, B. (2010). Ulike typer sykefravær. *Tidsskrift for den norske legeforening*.
- Burnes, B. (2004). *Managing change: A strategic approach to organisational dynamics*. Pearson Education
- Busch, T., Vanebo, J. O., & Dehlin, E. (2010), Organisasjon og organisering. (Utg. 6). Universitetsforlaget.
- Burnes, B. (1996). No such thing as... a "one best way" to manage organizational change. *Management decision*, 34(10), 11-18.
- Bukve, O. (2021) Forstå, forklare og forandre. Om design av samfunnsvitenskapelige forskningsprosjekt. Universitetsforlaget.

- By, R. T. (2005). Organisational change management: A critical review. *Journal of change management*, 5(4), 369-380
- Christensen, T. & Lægreid, P. (1997). Forvaltningspolitikk – mot New Public Management? Særtrykk nr. 1 (s. 367-405).
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, G. P., & Røvik, A. K. (2017) Organisasjonsteori for offentlig sektor. (Utg. 3) Universitetsforlaget.
- Clark, T., & Greatbatch, D. (2004). Management fashion as image-spectacle: the production of best-selling management books. *Management Communication Quarterly*, 17(3), 396-424.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2013). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Einarsen, S. V., Øverland, N. S., Schulze, O. (2021). Å redusere bedriftens sykefravær – et håpløst prosjekt. Einarsen, V. S & Skogstad, A. (Red.) De gode arbeidsmiljø. *Krav og utfordringer* (s. 362 – 390). Fagbokforlaget
- Eikens, W., & Overhalden, I. (2012). *Å lede i et politisk styringsunivers: en studie av ledelse i helseforetak*. [Masteroppgave] Høgskolen i Oslo og Akershus
- Erichsen, M., Solberg, F., & Stiklestad, T. (2022) Ledelse i små og mellomstore virksomheter. (Utg. 3) Fagbokforlaget.
- Fjær, S., Homme, A. D., Karin, A., & Holmen, T. (2011). Statliggjøringsprosesser i velferdstjenestene: Reformen å lære av. *Erfaringer fra sykehusreformen, rusreformen og navreformen* (978-82-490-0733-2).
- Gjerberg, E., & Sørensen, B. A. (2006a). *Enhetlig ledelse i sykehus*. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Gjerberg, E., & Sørensen, B. A. (2006b). Enhetlig ledelse–fortsatt en varm potet? Tidsskrift for Den norske legeförening
- Gill, J., & Whittle, S. (1993). Management by panacea: Accounting for transience. *Journal of Management Studies*, 30(2), 281-295.
- Godøy, A., & Dale-Olsen, H. (2018). Spillovers from gatekeeping–Peer effects in absenteeism. *Journal of Public Economics*, 167, 190-204
- Grødem, A. S., Orupabo, J., & Pedersen, A. W. (2015). Gradert sykemelding: oppfølging og trygdemottak etter sykepengeperiodens utløp. *Rapport-Institutt for samfunnsforskning*

- Grund, J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk: dilemmaenes tyranni*. Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, L. H. (2008). Accountability arrangements in non-state standards organizations: Instrumental design and imitation. *Organization*, 15(4), 563-583
- Hackman, J. R., Hackman, R. J., & Oldham, G. R. (1980). *Work redesign* (Vol. 2779). Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- Hagelund, A. (2014) Sykefraværets politikk: Trygdeordningen som ikke lot seg rikke? Cappelen Damm Akademisk
- Hanvold, T. N., Degerud, E. M. M., & Sterud, T. (2022). Kartlegging av arbeidsmiljøforhold i IA-bransjeprogram. *STAMI-rapport*.
- Helsedirektoratet (2018). *HelseArbeid – Gode jobbhverdag, tross plager: En kort introduksjon til HelseArbeid*. (IS-2725).
- Hennestad, W, B. & Revang, Ø. (2017). Endringsledelse og ledelsesendring; Fra plan til praksis. (Utg. 3) Universitetsforlaget.
- Hennestad, W, B., Revang Ø & Strønen, H, F. (2006) Endringsledelse og ledelsesendring. Universitetsforlaget
- Holbæk-Hanssen, D, J. (2020). Holdninger til sykefravær: Hva mener befolkningen? *Arbeid og helse*, 2020 (1), 59 -75.
- Jacobsen, D. I., & Fjeldbraaten, E. M. (2018). Shift work and sickness absence—the mediating roles of work–home conflict and perceived health. *Human Resource Management*, 57(5), 1145-1157.
- Jacobsen, D. I. (2012) *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (Utg. 2) Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D, I. & Thorsvik, J. (2021) *Hvordan organisasjoner fungerer* (Utg. 5) Fagbokforlaget.
- Jacobsen Jardim, P. S., Nygård, H. T., Muller, A. E., Harboe, I., & Holte, H. H. (2022). Forskning om tiltak for å redusere sykefravær i arbeidslivet: et forskningskart (oppdatering)
- Jacobsen, I, D. (2022) *Hvordan gjennomføre undersøkelse?* (4.utg) Cappelen Damm Akademisk.
- Johansson, P., & Palme, M. (2005). Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public economics*, 89(9-10), 1879-1890.

- Johansen, M. S., & Gjerberg, E. (2009). Unitary management, multiple practices?.
Journal of health organization and management.
- Johansen, M. S. (2009). Mellom profesjon og reform: Om fremveksten og implementeringen av enhetlig ledelse i norsk sykehusvesen. [Doktorgradsavhandling]. Handelshøyskolen BI
- Johannessen, L. B. (2012). Helseministeren i dialog om ledelse. Tidsskrift for Den norske legeförening.
- Johannessen, A., Tufte, A. P., & Christoffersen, L. (2021) Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (6.utg) Abstrakt forlag.
- Kaufmann, G & Kaufmann, A. (2015) Psykologi i organisasjon og ledelse. (Utg. 5) Fagbokforlaget.
- Kjekshus, L. E. (2003). Når sykehus blir butikk–effekter på styring, profesjoner og brukere. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 19(4), 444-459.
- Kieser, A. (1997). Rhetoric and myth in management fashion. *Organization*, 4(1), 49-74
- Knardahl, S., Sterud, T., Nielsen, M. B., & Nordby, K. C. (2016). Arbeidsplassen og sykefravær-Arbeidsforhold av betydning for sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 179-199.
- Kostøl, A. R., & Telle, K. (2011). Sykefraværet i Norge de siste tiårene. Det handler om kvinnene. 125 (65), 32 - 42
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2021) Det kvalitative forskningsintervju (3.utg). Gyldendal.
- Lamond, D. (2003). Henry Mintzberg vs Henri Fayol: of lighthouses, cubists and the emperor's new clothes. *Journal of Applied Management and Entrepreneurship*, 8(4), 5-23
- Lervik, J. E., & Lunnan, R. (2004). Contrasting perspectives on the diffusion of management knowledge: Performance management in a Norwegian multinational. *Management Learning*, 35(3), 287-302.
- Lervik, J. E., Traavik, L. M., Amdam, R. P., & Lunnan, R. (2000). Organizational recipes and Management Practice in Multinational Corporations.
- Lien, L., & Bogen, H. (2018). Sykefravær i private og kommunale sykehjem og renholdsvirksomheter (Fafo-rapport 2018: 20). Oslo: Fafo.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting & task performance*. Prentice-Hall, Inc.

- Lægreid, P., Opedal, S., & Stigen, I. M. (2005). Den norske sykehusreformen—mer sentral politisk styring enn fristilling. *Nordiske organisasjonsstudier*, 2(6), 19 -36
- Martinsen, L, Ø. & Skogstad, A (Red.) *Organisasjon og ledelse*. (s. 87 – 110). Gyldendal.
- Martinsen, L, Ø. (2021) Ledelse og kompetansestyring: Motivasjon, utvikling og rekruttering i et strategisk perspektiv. Martinsen, L, Ø (Red.) *Perspektiver på ledelse* (5 utg. s 343 – 372). Gyldendal
- Mann, F. C. (1965). Toward an understanding of the leadership role in formal organizations. *Leadership and productivity*, 68-103
- March, J. G. (1981). Footnotes to organizational change. *Administrative science quarterly*, 563-577
- Maslow, A. H. (1954). Motivation and personality Harper and Row. *New York, NY*.
- Mastekaasa, A. (2015). Sosiale og demografiske variasjoner korttidssykefraværet. *Søkelys på arbeidslivet*, 32(1-02), 3-20.
- Mastekaasa, A. (2016). Kvinner og sykefravær. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(2), 125-147.
- Mo, T. O. (2006). *Ledelse til begjær eller besvær—om reformer, fag og ledelse i sykehus*. [Doktorgradsavhandling]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Moran, J. W., & Brightman, B. K. (2001). Leading organizational change. *Career development international*, 6(2), 111-119
- Moberg, L. L. (2022). Utvikling i sykefravær fra 2020 til 2021. NAV.
- Mykletun, A., Eriksen, H. R., Røed, K., Schmidt, G., Fosse, A., Damberg, G., & Guldvog, B. (2010). Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings-og nærværsreform. *Ekspertgrupperapport til arbeidsdepartementet*
- Mæland, G, J. (2014) Trygd eller arbeid? Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet. Cappelen Damm Akademisk
- Nerstad, C, G, L. & Kuvaas, B. (2019). Motivasjon og presentasjon. Einarsen, S, V., Martinsen, L, Ø. & Skogstad, A (Red.) *Organisasjon og ledelse*. (s. 87 – 110). Gyldendal.
- Nicolai, A. T., Schulz, A. C., & Thomas, T. W. (2010). What Wall Street wants—Exploring the role of security analysts in the evolution and spread of management concepts. *Journal of Management Studies*, 47(1), 162-18

- Nossen, J. P. (2009). Sykefravær og konjunkturer—en oversikt. *Norsk epidemiologi*, 19(2).
- Nossen, J. P. (2014). Utvikling i Sykefraværet: Betydning av arbeidsmarkedet, gradering og regelendringer (2) 75- 88.
- Nossen, J. P. (2022). Legemeldt sykefravær før og under koronapandemien: Hva driver utviklingen? *Arbeid og velferd*. (3) 1-18
- Ose, S. O., Jensberg, H., Reinertsen, R. E., Sandsund, M & Dyrstad, J, M. (2006) Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger.
- Ose, S. O. (2010). Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. SINTEF
- Ose, O, S., Dyrstad, K., Slettebak, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I & Jensberg, H (2013). Evaluering av IA-avtalen (2010-2013).
- Ose, S. O. (2016) Sykefravær, HMS og inkludering. Gyldendal Akademisk
- Ottesen, O. (Red.). (2011). En referansemodell av endringsledelse. Høyskoleforlaget.
- Ottesen, O. (Red.) Ledelse, å bruke teori i praksis. (s, 25 - 80). Høyskoleforlaget
- Piazza, A., & Abrahamson, E. (2020). Fads and fashions in management practices: Taking stock and looking forward. *International Journal of Management Reviews*, 22(3), 264-286
- Ringdal, K. (2020) Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig metode og kvantitativ metode. (4.utg). Fagbokforlaget.
- Rød, S., Faiz, K. W., & Spehar, I. (2018). Hva motiverer sykehusleger?. *Tidsskrift for Den norske legeforening*
- Skarning, N. (2019) Sykefravær: Nye arbeidsoppgaver, omplassering eller oppsigelse (2.utg). Universitetsforlaget
- Schneider, E. C., Shah, A., Doty, M. M., Tikkanen, R., Fields, K., & Williams II, R.D. (2021). Reflecting Poorly: Health Care in the US Compared to Other High-Income Countries.
- Silverman, D. (2014) *Interpreting Qualitative Data* (Utg. 5) Saga
- Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. (Utg. 2) Fagbokforlaget.
- Sveri, T. (2004). *Strukturer og reformer. En kvalitativ analyse av reformen «enhetlig ledelse» sett i lys av sykehusets arbeidsorganisering*. Rokkansenteret.
- Suchman, M. C. (1995). Managing legitimacy: Strategic and institutional approaches. *Academy of management review*, 20(3), 571-610.

- Termeer, C. J., Dewulf, A., & Biesbroek, G. R. (2017). Transformational change: governance interventions for climate change adaptation from a continuous change perspective. *Journal of environmental planning and management*, 60(4), 558-576
- Thagaard, T. (2018) Systematikk og innlevelse – En innføring i kvalitative metoder. Fagbokforlaget (5.utg)
- Ulbrich, F. (2010). Adopting shared services in a public-sector organization. *Transforming Government: People, Process and Policy*, 4(3), 249-265
- van Grinsven, M., Heusinkveld, S., & Cornelissen, J. (2016). Translating management concepts: Towards a typology of alternative approaches. *International Journal of Management Reviews*, 18(3), 271-289
- Yukl, G. (2013) Leadership in Organizations. (Utg. 8) New York: Pearson
- Yukl, G (2021) Å lede organisasjonsendringer. Martinsen, L, Ø. (Red.) Perspektiver på ledelse. (Utg. 5, s 267 – 305). Gyldendal.

Internett kilder

1. Arbeidstilsynet (2018). *Et inkluderende arbeidsmiljø – et inkluderende arbeidsliv*. (ISBN: 978-82-90112-77-1). Arbeidstilsynet
<https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/kompass-tema-rapporter/2018/kompass-tema-nr-3-2018-et-inkluderende-arbeidsliv---et-inkluderende-arbeidsmiljo.pdf>
 2. Arbeidstilsynet. (u.å). *Oppfølging av sykemeldte*. Hentet 17. august 2022 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsforhold/tilrettelegging/oppfolging-av-sykmeldte/>
 3. Arbeids- og sosialdepartementet (2021 a) *Målene om et mer inkluderende arbeidsliv – status og utviklingstrekk* (A-0055 B).
https://www.regjeringen.no/contentassets/48b40e447a9048d6b84e355ed7b21276/ia-rapport_2021_web.pdf
 4. Arbeids- og sosialdepartementet (2021, 12 oktober b) *490 milliarder kroner til folketrygden i 2022*. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/asd/pressemeldinger/2021/490-milliarder-kroner-til-folketrygden-i-2022/id2874605/?fbclid=IwAR39YSKNiPtSrwXKRSut29Vw2mBIHu4mlrHMgVclTwPCz5gNAIzt98kkVYk>
- Arbeidsmiljøarbeid. (u.å). *Fakta om arbeidsmiljø på sykehus*. Hentet 17. juli 2022 fra <https://www.arbeidsmiljoportalen.no/bransje/sykehus/fakta-om-bransjen>
5. Altinn (2022, 01. april) *Sykefravær og sykepenges*. Altinn.
<https://www.altinn.no/starte-og-drive/arbeidsforhold/sykdom/sykefravar-og-sykepenges/>
 6. Bergsaker, T, (2018, 09. april) *Norge har verdens høyeste sykefravær*. Faktisk.no.
<https://www.faktisk.no/artikler/jngyz/norge-har-verdens-hoyeste-sykefravaer?fbclid=IwAR0iE4W4tTmSH7vZlffTIgX7i-R6I4XKBVbz11S3DBjd9yl1DHLh4Db1cgo>
 7. Der skoen trykker. (u.å). *Der skoen trykker: IA i sykehus - Sammen om et godt arbeidsmiljø*. Hentet 01. februar 2023 fra <https://derskoentrykker.no/>
 8. Der skoen trykker. (2021). *Informasjon til ansatte om Der skoen trykker*. Hentet <https://derskoentrykker.no/download/informasjon-til-ansatte-om-der-skoen-trykker/>
 9. Enehaug, H., El-Amrani, S., & Vestøl, G. M. (2022). *Evaluering av tilskudd til ekspertbistand*. (ISSN 2703-836X) Arbeidsforskningsinstituttet AFI og Proba samfunnsanalyse
<https://www.arbeidoginkludering.no/contentassets/5f5c60cd60e54cf9b0e57807b23>

[9d2f3/evaluering-tilskudd-til-ekspertbistand-afi-rapport-2022-05.pdf](#)

10. Gading, R & Rothe, S, J. (2023, 02. mars). *Høyeste sykefraværet siden 2009*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/arbeidsmiljo-sykefravaer-og-arbeidskonflikter/statistikk/sykefravaer/artikler/hoyeste-sykefravaer-siden-2009>
11. Hasting, R (2022, 25 mai). *Kortere sykefravær i IA-bedrifter*. STAMI. <https://stami.no/kortere-sykefravaer-i-ia-bedrifter/>
12. Helsedirektoratet (2016, 07. desember a) *Dialogmøter med arbeidsgiver*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/sykmelders-rolle-i-sykmeldingsperioden-oppfolgingsplan-aktivitetskravet-og-dialogmoter/dialogmoter-med-arbeidsgiver?fbclid=IwAR1Y6OQw_kFRSDeVa6JSQe2VXzC0FTqhCHMOlymwJ0uEILac8lBcKupOpYs
13. Helsedirektoratet (2016, 07. desember a) *Full sykemelding. Vurdering ved full sykemelding*. Helsedirektoratet <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/full-sykmelding/vurderingen-ved-full-sykmelding>
14. Helsedirektoratet (2020, 26. mai) *Alternativ til sykemelding: Tilrettelegging, egenmelding, pleiepengar, mfl. Egenmelding ved sykdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder/alternativer-til-sykmelding-tilrettelegging-egenmelding-pleiepengar-mfl/egenmelding-ved-sykdom>
15. Helsedirektoratet (2021, 13. desember) *Høyt sykefravær i tjenestene*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utfordringsbildet-og-mulighetsrommet-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/mulighetsrommet/hoyt-sykefravaer-i-tjenestene?fbclid=IwAR30qf-ksre3qT9CCyOzg4Q_EnrOTP_Pg8fvUg9yBSrNV5wudloyTFN96i0
16. Helse Bergen (2021) *Årsmelding 2021*. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2022-03-18/Styresak%2017-22%20Vedlegg%201.%20%20C3%85rsmelding%20Helse%20Bergen%20HF%20%202021.pdf>
17. Helse Bergen. (2022). *Resultatrapport forbetring 2022*. (Saksnummer 50/22 O). Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2022-06-23/Styresak%2050-22%20Vedlegg%201.%20Rapport%20ForBetring%202022.pdf>
18. Helse Bergen. (u.å). *Personalpolitikken i Helse Bergen*. Hentet 27. januar 2023 fra <https://kvalitet.helse-bergen.no/docs/pub/DOK13109.pdf?fbclid=IwAR34bZvJ1Dq26e3-hDjSc7Evg3rVvESSMhqODcwrK9WDMMRurzMkRmEb0A8>

19. Helse Bergen. (u.å). Handlingsplan i Synergi - brukerveiledning for ledere og saksbehandlere. Hentet 14. februar 2023 fra <https://kvalitet.helsebergen.no/docs/pub/DOK01281.pdf>
20. Helse Bergen. (u.å). Systematisk oppfølging av sykefravær. Hentet 26. januar 2023 fra <https://kvalitet.helsebergen.no/docs/pub/DOK13109.pdf?fbclid=IwAR34bZvJ1Dq26e3-hDjSc7Evg3rVvESSMhqODcwrK9WDMMRurzMkRmeh0A8>
21. Helse Bergen. (u.å). *Om oss*. Hentet 24. januar 2023 fra <https://helse-bergen.no/om-oss>
22. Helse Bergen (u.å) *Utviklingsplan 2035*. Lest 09.februar 2023. <https://helse-bergen.no/Documents/Utviklingsplan%202035/Utviklingsplan%202035%20Haukeland%20universitetssjuehus,%20Helse%20Bergen%20HF.pdf>
23. Helse Bergen (2023. 12. januar) *HelseArbeid*. <https://helse-bergen.no/helsearbeid>
24. Håpnes, T., Ose, S., & Øyum L. (2018) *Sykefraværarbeid i sykehus*. SINTEF <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/wigYkN1M84kKj7Ovb1Ks1qKziPhW6rnkVvYftZMmHZDhgywJZ.pdf>
25. Knapskog, L. (u.å) «Erfaringer med bruk av «Der skoen trykker». PowerPoint tilsendt på e-post 30.01.2023
26. Idébanken (u.å). *Sykefravær krever tett oppfølging*. Hentet 17 august. 2022 fra https://www.idebanken.org/innsikt/artikler/sykefravar?gclid=CjwKCAjwi8iXBhBeEiwAKbUofeial6iiSQ-R2gx2jJZ83JjG4ZPvwbFfINDHh9-dG5esV1IHIN0moBoCkvYQAvD_BwE
27. idébanken. (u.å). *Ulike perspektiver på sykefravær*. Hentet 02. februar 2023 fra <https://www.idebanken.org/innsikt/artikler/arsaker-til-sykefravaer>
28. IA (u.å) *Der skoen trykker – IA I SYKEHUS – Sammen om et godt arbeidsmiljø*. Lest 01.03.2023. <https://derskoentrykker.no/>
29. IA (2022, 5 september) 7. *Informasjon til ansatte om Der skoen trykker*. PowerPoint. Lest 06.02.2023 <https://derskoentrykker.no/download/informasjon-til-ansatte-om-der-skoen-trykker/>
30. Knutsen, B, L. (2016). *Spesialisthelsetjenesteloven § 3 -9 om ledelse i sykehus*. Den norske legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/norsk-overlegeforening/tips-og-rad/arbeidsliv/spesialisthelsetjenesteloven-3-9-om-ledelse-i-sykehus/>
31. KS (2023, 15. mars) *Sykefraværet i kommunesektoren var koronapreget også i 2022*. KS. <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/fravar/sykefravaret-i-kommunesektoren-var-koronapreget-ogsaa-i-2022/>

32. Lien, L. (2016). *IA-ledelse 2.0-NED med sykefraværet! Oppsetatsanalyse av satsningen, 2016.* (ISSN 0801-6143). Fafo.
<https://www.ks.no/contentassets/97dfaa059d72455581ccb45939e0a603/ia-ledelse-2.0---oppstaranalyse-lise-lien-fafo.pdf>
33. NAV. (2020, 29 september). *Her er virkemidlene til den nye IA-avtalen.* NAV.
<https://www.nav.no/no/lokalt/vest-viken/nav-arbeidslivssenter-vest-viken/lokal-informasjon/her-er-virkemidlene-til-den-nye-ia-avtalen>
34. NAV (2021, 20 desember). *Skal vi benytte oss av utvidet rett til egenmelding?*
<https://www.nav.no/no/lokalt/trondelag/nav-arbeidslivssenter-trondelag/nyttig-avite/skal-vi-benytte-oss-av-utvidet-rett-til-egenmelding>
35. NAV (2021a, 06. oktober). *Hvem gjør hva i sykefraværsarbeidet?* Hentet 17.juli 2022.
https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte/hvem-gjor-hva-i-sykefravaersarbeidet_kap?fbclid=IwAR0McY7Ca-aW6TjpHR4TjJ8fQXvgot2OKeimui1xg707cfyl
36. NAV (2022, 03. mai). *IA-avtale for 2019-2022.* NAV.
<https://www.nav.no/no/lokalt/oslo/nav-arbeidslivssenter-oslo/nyheter-oslo/ny-ia-avtale-signert>
37. NAV (06.02.2023) *Tilskudd til ekspertbistand.* Hentet 10.02.2023
<https://arbeidsgiver.nav.no/veiviserarbeidsgiver/tiltak/ekspertbistand>
38. NHO (2019, 09 september) *Hva betyr IA-avtalen for din bedrift?* NHO.
<https://www.nho.no/tema/arbeidsliv/artikler/hva-betyr-den-nye-ia-avtalen-for-din-bedrift/>
39. NOU1997:2. (1997). *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.* Sosial- helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fed6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>
40. NOU2000:27 (2000). *Sykefravær og uførepensjonering – Et inkluderende arbeidsliv.* Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/02060f76fc28489288d00f4a70ecb338/no/pdfa/nou200020000027000dddpdfa.pdf>
41. NOU: 2010:13. (2010). *Arbeid for helse: Sykefravær og utstøtning i helse – og omsorgssektor.* Helse- og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7ba70753a7514df58b625f35c27da6fd/no/pdfs/nou201020100013000dddpdfs.pdf>

42. NOU2021:2 (2021) *Kompetanse, aktivitet og inntektssikring – Tiltak for økt sysselsetting*. Arbeids- og sosialdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/2943e48dbf4544b8b5f456c850dcccbe/no/pdfs/nou202120210002000dddpdfs.pdf>
43. NOU2023:4 (2023) *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
44. Prop. 66 (2000-2001) *Lov om helseforetak. (Helseloven)* Sosial- og helsedepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdfa/otp200020010066000dddpdfa.pdf>
45. Regjeringen (2022, 02 november a). *Gjelde IA-avtale forlenges med to år innstasen forsterkes*. Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gjeldende-ia-avtale-forlenges-med-to-ar-og-innsatsen-forsterkes/id2943877/>
46. Regjeringen (2022, 14. november b). *Hva er ett inkluderende arbeidsliv?* Regjeringen.no https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-20192022/hva-er-inkluderende-arbeidsliv/id2631314/
47. STAMI. (2020. 11. desember). *Arbeidsmiljøportalen – for et bedre arbeidsmiljø*. STAMI States arbeidsmiljøinstitutt <https://stami.no/arbeidsmiljoportalen-for-et-bedre-arbeidsmiljo/>
48. Styresak 35/22 O (2022). *Metodikk og modell for nærværarbeid*. Helse Bergen. <https://helse-bergen.no/seksjon/styret/Documents/2022-05-06/Styresak%2035-22%20Metodikk%20og%20modell%20for%20n%C3%A6rv%C3%A6rsarbeid.pdf>

Lovdata

1. Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern*. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§6-2>
2. Folketrygdloven (1997). *Lov om folketrygd*. Del IV. Ytelser ved sykdom. (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19/§8-1>
3. Folketrygdloven (1997). *Lov om folketrygd*. Del IV. Ytelser ved sykdom. (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19/§8-4>
4. Spesialisthelsetjenesteloven (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten*. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Vedlegg 1

Vil du delta i forskningsprosjektet?

Sykefravær og IA-avtalen

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan det jobbes med sykefraværet og hvilken effekt IA-avtalen har. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Jeg er masterstudent i Administrasjon- og organisasjonsvitenskap ved Universitet i Bergen og skal i den anledning skrive en masteroppgave som avsluttende prosjekt. Ved dette er det Universitet i Bergen som har behandlingsansvaret for prosjektet.

Temaet for oppgaven er Sykefravær og IA-avtalen. Jeg ønsker å undersøke hvordan det jobbes med sykefravær, og hvilken effekt IA-avtalen har. På bakgrunn av dette ønsker jeg derfor å intervjuere ledelse, og ansatte. Oppgaven min har til hensikt er å skaffe en større forståelse av sammenhengen mellom IA-avtalen og sykefravær, og belyse faktorer og tiltak som kan hjelpe med å redusere sykefraværet.

Studien vil baseres på intervjuer med varighet på om lag en time. Intervjuene vil foregå en til en og kan tas både over telefon, videosamtale og ved møte. Aller helst er sistnevnte å foretrekke, men jeg er fleksibel og ønsker at intervjuobjektet skal føle seg komfortabel. Intervjuene vil bli tatt opp, årsaken til det er for å unngå feiltolkninger og misforståelser. Hovedsakelig blir det tatt opp for å skrive ned notater og for å gi ett inntrykk av selve intervjuet som vil bli avholdt. All data vil bli anonymisert og lydopptak vil slettes ved oppgavens slutt, 01 juni 2023.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller om du først sier «ja» og så «nei». Ingen vil bli sur eller lei seg, og det vil ikke ha noe å si for jobben din.

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil kun være meg sin har tilgang til informasjon du oppgir. Ved dette vil jeg ta tiltak som å sikre informasjonen på en sikker datamaskin, samtidig vil informasjonen fra opptaket bli slettet etter oppgavens slutt som er 01. juni 2023. Informasjon om deg vil bli anonymisert. Det jeg mener med anonymisering, det handler om at jeg tar vekk informasjon som kan være med på å identifisere deg. I lys av dette, er det kun jeg som vil vite navn, og ved transkribering vil dette bli anonymisert. Jeg vil for eksempel finne opp ett annet navn når jeg skal skrive om deg. Samtidig vil jeg passe på at det ingen som vil kjenne deg igjen i min masteroppgave. Samtidig vil ingen enkeltpersoner bli referert i oppgaven, og det vil heller ikke bli mulig å spore uttalelser tilbake til individet.

Før oppgaven avsluttes vil data bli lagret på sikker datamaskin, dette er for å sikre at ingen får tilgang til opplysningene jeg har samlet inn. Prosjektet vil etter planen avsluttes 01 juni 2023, og personopplysninger om deg vil bli slettet. Datamaterialet vil som sagt ikke bli benyttet

videre til videre forskning eller lignende, og det er kun meg som vil ha tilgang før informasjonen blir slettet.

Jeg vil behandle opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvis det kommer frem opplysninger om deg i det som vi skriver, eller har i dokumentene våre, har du rett til å få se hvilken informasjon om deg som vi samler inn. Du kan også be om at informasjonen slettes slik at den ikke finnes lenger. Dersom det er noen opplysninger som er feil kan du si ifra og be forskeren rette dem. Du kan også spørre om å få en kopi av få informasjonen av meg. Du har også rett til å klage til Datatilsynet og personvernombudet dersom du synes at vi har behandlet opplysningene om deg på en uforsiktig måte eller på en måte som ikke er riktig.

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, kan en ta kontakt med:

Universitet i Bergen ved Simon Neby, simon.neby@uib.no, [REDACTED] (veileder) og/eller Malene Langehaugen på malene.langehaug@student.uib.no / [REDACTED] (student)

Universitet i Bergen sitt personversombud er Janecke Helene Veim, og kontaktinformasjonen til personvernombudet er personvernombud@uib.no

Eller NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personverntjenester@sikt.no eller telefon: +47 53 21 15 00.

Håper på positiv tilbakemelding!

Med vennlig hilsen

Malene Langehaugen

Samtykkeerklæring

Dersom du kan tenke deg å delta, er det fint om en kan skrive under denne samtykkeerklæringen.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Hvordan jobbes det med sykefravær og hvilken effekt har IA-avtalen, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 01. juni 2023.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Sykefravær

1. Hva tenker du om sykefraværet i Helse Bergen? Hva tror du er årsakene til at det forekommer sykefravær hos dere?
2. Kan du beskrive det arbeidet som Helse Bergen gjør for å redusere sykefraværet?
3. Hvilke tiltak mener du arbeidsplassen bør ta i bruk?
4. Tror du de ansatte opplever en balanse mellom jobbkrav og kontroll over beslutninger?
5. I forslag til vedtak om Metodikk og nærværarbeid står det som følger;
Når fraværet har vært så stabilt de siste 10 årene, på tross av en rekke tiltak og aktiviteter knyttet til forebygging av oppfølging, blir det stilt spørsmål om hvordan en kan innrette oss for å et lavere fravær i årene som kommer». Hva tror du er oppskriften?
6. Hvilke virkemidler av IA-avtalen benytter Helse Bergen, og hvorfor?
7. Den nye IA-avtalen for 2019-2022 (nå til 2024) har som mål om å redusere sykefraværet med 10 prosent, mener du at dette er realistisk på denne arbeidsplassen?
8. Hvordan måler dere effekten av virkemidlene som benyttes?

IA-avtalen

1. Hvordan jobber Helse Bergen «Der skoen trykker»?

Hvordan ble effekten av «Der skoen trykker» målt?
2. Helse Bergen er i oppstartsfasen av *Tidlig og tett på*. Hvordan jobber Helse Bergen rundt dette tiltaket?
3. I hvilken grad har Helse Bergen benyttet HelseIArbeid? og kan du beskrive hva som gjøres?
4. Kan du utdype deg litt om ekspertbistand, og hvordan dette har blitt benyttet i Helse Bergen?
5. Hva er dine tanker rundt effekten av IA-avtalen med vekt på sykefravær for Helse Bergen, har den vært vellykket?
6. Hva opplever du IA-avtalen bidrar til?

7. Hvordan jobber dere med IA-virkemidlene?

Motivasjon

1. Hvordan inspirerer du og motiverer du dine ansatte?
2. Hvordan gir du lederskap under endringer eller nye utfordringer som krever justering av motivasjonsstrategier for å redusere sykefravær?
3. Hvordan bidrar du til å skape en arbeidskultur som støtter arbeidstakerens motivasjon og redusere sykefravær?
4. Hvordan involverer du de ansatte i utviklingen av mål og strategier for å redusere sykefravær?

Endring og tilpasning

1. Hvordan bidrar du til å skape en kultur som støtter endring og tilpasning?
2. Hvordan evaluerer Helse Bergen effekten av endringene?
3. Hvordan evaluerer du effekten av endringer på sykefravær og justerer tilpasningsstrategiene deretter?

Strategi og strategisk beslutninger

1. Hvordan sikrer Helse Bergen at strategiene for å redusere sykefravær blir gjennomført effektivt?
2. Hvordan gir du lederskap under endringer eller nye utfordringer som krever justering av strategier?
3. Hvordan bidrar Helse Bergen at strategiene for å redusere sykefravær blir gjennomført effektivt?
4. Hvordan blir medarbeidere involvert i de ulike beslutningsprosessene som dere tar?