



Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær

- muligheter og begrensninger

Rapport 2015 – 09

Proba-rapport nr 2015 - 09. , Prosjekt nr. 12052

ISSN: 1891-8093

LEB, OBS, EW, MIL, IE / HB, 30.10.2015

--

Offentlig

--

Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær

- muligheter og begrensninger

Prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE
– forsøksmidler arbeid og velferd

Forord

Proba Samfunnsanalyse har vært ansvarlig for prosjektet: Kreftrammede arbeidstakere og arbeidsnærvær - Arbeidsgivers muligheter for tilrettelegging for arbeidstakere som har eller har hatt kreft. Prosjektet er finansiert av NAV gjennom programmet FARVE – forsøksmidler arbeid og velferd. Kreftforeningen har også bidratt økonomisk.

Prosjektet har vært gjennomført av Lars-Erik Becken som prosjektleder: med Ingunn M. Eriksen, Øyvind B. Solheim, Marianne I. Lien og Elise Wedde som prosjektmedarbeidere. Helene Berg har vært kvalitetssikrer.

Denne studien bruker data fra Kreftregisteret. Tolkning og rapportering av disse data er forfatterens ansvar alene, og har ikke vært gjenstand for godkjenning fra Kreftregisteret.

Vi vil takke referansegruppen for bidrag underveis i oppdraget. Den har bestått av Fred Sigve Andersen fra Arbeids- og velferdsdirektoratet, Hata Kazaferovic fra NAV Bærum, Helga Bull-Rostrup og Anette Pollen fra Virke, Liv Eli Lundeby og Elin Stoermann-Næss fra Kreftforeningen og John Rasmussen.

Oslo, oktober 2015

Proba Samfunnsanalyse

Innhold:

SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER	4
1 INNLEDNING.....	10
1.1 Formål og problemstilling	10
1.2 Forskningsdesign og metode	12
1.2.1 Innledende informantintervjuer med ressurspersoner	12
1.2.2 Dokumentstudier og gjennomgang av forskning	13
1.2.3 Registeranalyse.....	14
1.2.4 Casestudier	15
1.3 Dialogkonferanse	18
1.4 Leserveiledning	18
2 KREFTSYKDOM, BEHANDLINGSFORLØP OG TILBAKEFØRING TIL ARBEIDSLIVET	20
2.1 Innledning.....	20
2.2 Sykdoms- og behandlingsrelaterte faktorer	21
2.2.1 Behandling	22
2.2.2 Seneffekter av en kreftdiagnose.....	23
2.3 Bistand/samhandling med aktører under et behandlings- og oppfølgingsløp.....	26
2.3.1 Sykehus/behandlingsapparatet	26
2.3.2 Fastlegen.....	27
2.3.3 Kommunen	27
2.3.4 Rehabiliteringsinstitusjoner.....	28
2.3.5 Vardesentrene.....	28
2.3.6 Kreftforeningen.....	29
2.3.7 Pasientforeninger	29
2.4 Sosioøkonomiske og demografiske faktorer.....	29
2.5 Faktorer knyttet til arbeidsplassen og tilrettelegging.....	31
3 SYKEPENGE- OG OPPFØLGINGSREGIME	35
3.1 Regelverk for sykepenger	35
3.2 Arbeidsgivers kostnader ved sykefravær	35
3.3 Sykmeldt over ett år (248 dager)	37
3.4 Økonomisk tap for den sykmeldte	38
3.5 Ulike former for sykmelding.....	38
3.6 Sykefraværsoppfølgingen	40
3.6.1 Sykmeldte og arbeidsgiver	42
3.6.2 Sykmelder	43
3.6.3 NAV-kontoret.....	44
3.6.4 NAVs virkemidler/tiltak ved sykefravær	45
4 Å VÆRE KREFTRAMMET I ARBEIDSLIVET	46
4.1 Sykdom og behandling	46
4.2 Familie og prioriteringer.....	49
4.3 Tilrettelegging på arbeidsplassen.....	52
4.4 Arbeidsmiljø.....	55
4.5 Sykepengeordningen	56

5	REGISTERANALYSEN	58
5.1	Oppsummering	58
5.2	Hva kjennetegner arbeidstakere som får kreft?	61
5.2.1	Diagnose	62
5.2.2	Behandling	63
5.2.3	Behandling og krefttype	64
5.2.4	Alder	65
5.2.5	Yrker	66
5.2.6	Inntekt	67
5.3	Sykefravær og arbeidstilknytning	68
5.3.1	Sykefravær og arbeidsavklaringspenger	68
5.3.2	Arbeidstilknytning og mottak av trygdeytelser over tid	71
5.3.3	Kjønnsforskjeller	73
5.3.4	Aldersforskjeller	75
5.3.5	Diagnoser	77
5.3.6	Behandling	79
5.3.7	Yrke	81
5.3.8	Næring	83
5.3.9	Inntekt	85
5.4	Sykepengeordningen	87
5.4.1	Gradert sykmelding	88
5.4.2	Opparbeidelse av rett til sykepenger	89
5.5	Regresjoner	91
5.5.1	Mengde sykefravær	92
5.5.2	Overgang til arbeidsavklaringspenger	96
5.5.3	Andelen som arbeider etter to år	99
6	TILRETTELEGGING FOR KREFTRAMMEDE - SETT FRA ARBEIDSGIVERES STÅSTED	102
6.1	Lovpålagte rammer for tilrettelegging	102
6.2	Akademia	104
6.3	Frie yrker/konsulent	106
6.4	Helse- og omsorgssektoren	112
6.5	Kontor	117
6.6	Utdanningssektoren	121
6.7	Manuelle yrker	127
6.8	Oppsummering	131
7	NYTTIGE EKSEMPLER PÅ OPPFØLGING OG TILRETTELEGGING ..	133
7.1	Relasjonelle faktorer som fremmer nærvær	133
7.1.1	Kreft utløser empati og omsorg	133
7.1.2	Åpenhet og dialog	134
7.2	Gode eksempler på tilrettelegging og oppfølging	136
7.2.1	Leders støtte og omsorg	136
7.2.2	Konkret tilrettelegging	138
7.2.3	Verdien av et godt arbeidsmiljø	139
8	ARBEIDSGIVERS OG ARBEIDSTAKERS ERFARINGER MED NAV ..	141
8.1	NAVs regelverk	141
8.2	Bruk av dialogmøter	142
8.3	NAVs rolle som kontrollør og hjelper	144
8.4	NAV som samarbeidspartner i konflikter	146

8.5	Bruk av NAVs virkemidler/tiltak ved sykefravær	148
8.6	NAVs inntektssikring når sykepengeperioden er over	151
8.7	Hvordan NAV kan støtte kreftrammede arbeidstaker og deres arbeidsgivere	152
8.8	Utnytte eksisterende virkemidler og tiltak	154
8.9	Oppsummering.....	154
LITTERATURLISTE		157

Sammendrag og konklusjoner

Resymé

Hvert år er det mange tusen arbeidstakere som får kreft. I undersøkelsen belyser vi deres situasjon, og arbeidsgiveres og myndigheters muligheter for å bidra til å øke arbeidsnærværet under utredning/behandling, og redusere frafall fra arbeidslivet på grunn av en kreftsykdom. Vi har benyttet registerdata og intervjuer av ressurspersoner, kreftrammede arbeidstakere og arbeidsgivere.

Sykefraværet blant kreftrammede varierer mye, noen er ikke sykmeldt i det hele tatt. Det er imidlertid nesten 30 prosent som går over på arbeidsavklaringspenger før de eventuelt kommer tilbake i jobb. Diagnose og behandlingsform har stor betydning for den kreftrammedes arbeidsnærvær, men også yrke/stilling. Så vel arbeidsgivers støtte og tilrettelegging som støtte fra kollegaer kan bidra til økt arbeidsnærvær og lette tilbakekomst til arbeidet. Vi mener at det er et potensial for at NAV kan bidra mer, særlig når det gjelder å bistå med tilrettelegging og bruk av NAVs virkemidler.

Bakgrunn

Årlig rammes over 30 000 personer av kreftsykdom. Nye og mer effektive behandlingsmetoder innebærer at flere overlever kreft. Samtidig øker omfanget av seneffekter/langtidsvirkninger som f.eks. psykiske reaksjoner, fatigue-/utmattelse, fysiske skader/utfordringer og spredning. Det at stadig flere kreftrammede i yrkesaktive alder overlever sykdommen gjør det aktuelt å rette søkelyset mot arbeidsgiveres mulighet for tilrettelegging for kreftrammede arbeidstakere, både under behandlingen og etter at vedkommende er ferdigbehandlet/friskmeldt. Kreftrammede har ofte andre utfordringer i arbeidslivet enn arbeidstakere med andre sykdommer, både på grunn av at behandlingen ofte er langvarig og innebærer redusert arbeidsevne, og på grunn av at langtidsvirkninger/seneffekter er såpass vanlig.

Problemstilling

Formålet med denne rapporten er å gi ny kunnskap som kan bidra til at kreftrammede arbeidstakere får økt nærvær på arbeidsplassen. Et overordnet mål har vært å gi økt kunnskap om hva kreftsykdom og behandling kan bety for arbeidstakere som rammes av kreft. Hovedproblemstillingen har vært:

Hvordan kan arbeidsgiver, arbeidstaker og myndigheter bidra til å øke den kreftrammedes nærvær i arbeidslivet under utredning/behandling og redusere frafall fra arbeidslivet på grunn av en kreftsykdom?

Oppdraget har vært delt i to. I den første delen har vi sett på sykefravær blant arbeidstakere som har eller har hatt kreft, blant annet ved hjelp av en omfattende registeranalyse. I den andre delen har vi benyttet intervjuer for å belyse hvordan tilrettelegging for kreftrammede arbeidstakere kan bidra til å øke nærvær og redusere frafall i arbeidslivet. Som analytisk innfallsvinkel har vi lagt til grunn at arbeidsnærværet til en ansatt som rammes av kreft formes av tre typer forhold:

- (1) Den ansatte selv; diagnose, behandling, sykdomsforløp med eventuelle seneffekter, familiesituasjon, økonomisk tap, mv.
- (2) Arbeidsgivers muligheter til og begrensninger for å legge til rette
- (3) Regelverket i NAV, og hvordan dette utøves

Studien har bestått av innledende informantintervjuer med ressurspersoner innenfor kreftbehandling og gjennomgang av forskning om oppfølging av sykmeldte og kreftrammede. I registeranalysen, som er basert på data om alle arbeidstakere med kreft i perioden 2000-2012, har vi blant annet kartlagt kjennetegn ved de kreftrammede og deres arbeidstilknytning, sykefravær, trygder, mv. I casestudien har vi tatt utgangspunkt i seks ulike yrkesgrupper/bransjer; akademia, frie yrker/konsulent, helse- og omsorgssektoren, kontor, utdanningssektoren og manuelle yrker. Innen hvert case har vi intervjuet arbeidstakere som har vært rammet av kreft og arbeidsgivere som har erfaring med kreftrammede arbeidstakere. Vi har sett på hvilken organisatorisk kontekst arbeidet foregår innenfor, belyst variasjoner i rammebetingelser, samt deres erfaringer med sykefravær, oppfølging og tilrettelegging.

Hovedkonklusjoner

Hvert år får 5000 til 7000 arbeidstakere kreft for første gang. Det er store variasjoner i sykefraværet deres. I undersøkelsen finner vi at diagnose og behandlingsform har stor betydning for de kreftrammedes sykefravær og arbeidsnærvær. Enkelte krefttyper medfører svært lite sykefravær. Andre medfører behandling som går over lang tid, og som kan ha ettervirkninger og seneffekter som påvirker arbeidsevnen i flere år.

Vi finner at de kreftrammedes yrke/stillingsnivå og arbeidsgivers støtte og muligheter til å tilrettelegge har betydning for arbeidstakeres arbeidsnærvær. I virksomheter med stor grad av fleksibilitet er det lettere å tilrettelegge, enn i virksomheter med liten fleksibilitet. Bruk av turnus, krav til tilstedeværelse og kontakt med kunder/brukere er andre forhold som kan ha betydning. I tillegg har kollegaers vilje til å støtte opp om en eventuell tilrettelegging mye å si. Åpenhet om sykdommen og forløpet gjør det lettere å få til gode løsninger.

Arbeidsgivere og de kreftrammede har ofte lite kontakt med NAV under sykefraværet, og ofte gjennomføres ikke dialogmøtene. Vi reiser spørsmålet om ikke NAV bør bistå på en mer offensiv måte enn i dag ovenfor kreftrammede arbeidstakere.

Mye tyder på at endringer av regelverket for gradert sykepenger, lengden av sykepengeperioden og/eller nye målrettede virkemidler/tiltak, ville lagt bedre til rette for at kreftrammede arbeidstakere kan jobbe noe under behandlingsperioden, og komme raskere tilbake etter at de er ferdigbehandlet/friskmeldt.

I det følgende utdyper vi disse temaene.

Funn fra registeranalysen

I perioden 2000 - 2012 var det hvert år mellom 5000 og 7000 arbeidstakere som fikk kreft for første gang. I underkant av 10 prosent av dem hadde ikke noe legemeldt sykefravær hverken i forkant eller i etterkant av at de fikk kreftdiagnosen. 20 prosent hadde et fravær på inntil tre måneder, rundt 35 prosent var sykmeldt 3-11 måneder, mens 35 prosent var sykmeldt i mer enn 11

måneder. I løpet av de første to årene etter kreftdiagnosen er det nesten 30 prosent som fikk arbeidsavklaringspenger (blant de som ikke var døde eller hadde gått av med alderspensjon innen to år).

To år etter diagnosetidspunktet var nesten 60 prosent av de kreftrammede tilbake i arbeid uten sykmelding. I overkant av 10 prosent var sykmeldte, 15 prosent hadde på det tidspunktet arbeidsavklaringspenger (AAP) fra NAV og 7 prosent uførepensjon.

De vanligste typene kreft blant arbeidstakere er brystkreft, kreft i mannlige kjønnsorganer, kreft i fordøyelsesorganer, samt føflekk- og hudkreft. Vi finner at kvinner har lengre sykefravær, oftere får AAP, og en lavere andel av dem er i jobb to år senere, enn menn. En del av kjønnsforskjellen kan imidlertid forklares med kjønns- og aldersforskjeller når det gjelder diagnose og behandling.

Det er store variasjoner i sykefravær avhengig av krefttype. I den ene enden av skalaen finner vi føflekk- og hudkreft, der 30 prosent ikke har sykmelding i løpet av de to første årene. Det samme gjelder 15 prosent av de med kreft i mannlige kjønnsorganer, mens dette så å si ikke forekommer blant de andre krefttypene. I den andre enden av skalaen finner vi kreft i pusteorganer, sentralnervesystem og brystkreft, hvor så mye som 40-50 prosent får AAP i løpet av to år.

I den gruppa som bare får kirurgisk behandling, er det minst sykefravær, færrest som får AAP, og flest som er i jobb etter to år. Blant de som får kjemoterapi og kjemoterapi kombinert med strålebehandling har nesten halvparten fått AAP i løpet av to år. Spesielt er betydningen av kjemoterapi stor.

Selv om konsekvenser av kreften og behandlingen er viktig, har også kjennetegn ved arbeidsplassen betydning. Ledere, samt ansatte i akademiske yrker, høyskoleyrker, samt kontor og kundeservice har relativt lite sykefravær, lite overgang til AAP, og relativt mange er tilbake i jobb etter to år. Ansatte i yrker uten spesielle krav til utdanning, prosess- og maskinoperatører/transport og salgs-, service- og omsorgsykker har relativt mye sykefravær, mye overgang til AAP, og relativt få er tilbake i jobb etter to år.

Forskjellene kan ha flere årsaker. For det første kan det være forskjeller i fleksibiliteten på arbeidsplassen. Innen yrker med direkte kontakt med kunder/brukere ser det ut til å være lengre sykefravær og en lavere andel som returnerer til arbeid. Dette er yrker der man i mindre grad kan bestemme arbeidstempo selv, og hvor det å være halvveis til stede er vanskelig. Den andre dimensjonen handler om hvor fysisk arbeidsoppgavene er. Fysisk arbeid har gjennomgående høyest fravær.

Mange, men ikke alle, ansatte får full lønnskompensasjon under sykefravær - det vil si i ett år. Etter at sykepengeperioden fra NAV er over må den sykmeldte søke om en livsoppholdsyttelse fra NAV (som regel AAP). I motsetning til sykepenger dekker AAP kun 2/3 av lønnen til arbeidstakeren, eventuelt 2/3 av 6G (540 408 kroner i 2015) om lønnen er høyere. De aller fleste lider dermed et betydelig økonomisk tap etter at sykepengeperioden fra NAV har opphørt.

I registeranalysen så vi på hvordan regelverket for sykepenger slår ut for kreftrammede arbeidstakere når det gjelder varigheten av sykepengeperioden (ett år) og det at en sykepengedag teller som én dag, selv om arbeidstakeren har gradert sykmelding. Vi fant at nesten 20 prosent av de som i dag får AAP ville "holdt seg innenfor" sykepengeperioden dersom deres graderte dager ble talt som graderte

og ikke hele dager. Dette gjelder dersom en slik regelendring ikke endrer de sykmeldtes atferd. Det er sannsynlig at en regelverksendring ville føre til at flere ønsket å arbeide noe under sykefraværet.

Etter at sykepengeperioden har gått ut må den sykmeldte jobbe i 6 måneder for å opparbeide nye sykepengerettigheter. Vi undersøkte om det er mange som etter å ha gått ut sykepengeperioden returnerer til jobb, for å jobbe ganske nøyaktig 26 uker (hvorpå de igjen kan få sykepenger). En slik tilpasning kan tyde på at man "tvinger seg tilbake til jobb" på grunn av de relativt store økonomiske konsekvensene av å gå over på AAP. Vi finner at mye tyder på at dette skjer, men at det trolig ikke gjelder noen stor gruppe.

Informantenes erfaringer med kreft og tilrettelegging

Informantene våre beskriver det å få en kreftdiagnose som en stor omveltning, der mange går igjennom en følelsesmessig «berg og dalbane». Mange har behov for å opprettholde en størst mulig grad av normalitet. Jobben kan være et fristed som gir pause fra vonde og vanskelige tanker. Det å jobbe kan også være en del av «tilfriskningen». Dette er kanskje også årsaken til en del kreftrammede har gått på jobb selv om de ikke har følt seg i form til det. Andre kan imidlertid være styrt av plikt, en opplevelse av at samfunnet forventer at en skal være produktiv og ikke bli sykmeldt, selv om dette ikke nødvendigvis korresponderte med hva en føler selv.

Under behandlingsperioden er den viktigste forutsetningen for arbeidsnærvær at den kreftrammede kan veksle mellom tilstedeværelse og fravær. En slik fleksibilitet er nødvendig på grunn av uforutsigbarhet knyttet til når og hvor lenge en vil klare å være i jobb. Etter at behandlingen er over, og den kreftrammede skal tilbake til arbeidslivet, synes den viktigste forutsetningen å være at arbeidet tilpasses den enkeltes kapasitet. Erfaringen de kreftrammede hadde med tilrettelegging varierte blant annet ut fra hva slags jobb de hadde og hvor stor vilje arbeidsgiver hadde til å tilrettelegge.

Stort ansvar på hjemmebane er en utfordring for kreftrammede. Det å ha omsorg for barn eller andre familiemedlemmer kan være vanskelig å kombinere med et behandlingsløp og arbeid. Noen ønsker også å tilbringe mest mulig tid med sine nærmeste i denne perioden, mens andre føler at det ikke er plass til å ta ansvar for andre enn dem selv. Flere etterspør praktisk bistand for å kunne ivareta barna i sykdomsperioden. Spesielt foreldre med eneansvar for barn kan ha store problemer med å følge opp barna.

Mange kreftrammede som har vært gjennom et behandlingsløp har behov for en eller annen tilpasning i jobben når de kommer tilbake. Behovene varierer individuelt, men inkluderer ofte redusert arbeidstid, endringer i arbeidsoppgaver og tilrettelegginger i det fysiske miljøet. Behovet for tilpasning er ikke nødvendigvis det samme under behandling som når den kreftrammede skal gjenoppta sin yrkesdeltakelse etter avsluttet behandling/friskmeldt.

En del kreftrammede får senvirkninger som følge av kreftsykdom og behandling, for eksempel fatigue/utmattelse, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, lymfødem, nevrologisk lidelser og fysiske utfordringer. I tillegg oppgir en del psykiske reaksjoner som angst og depresjon. Flere av informantene var ikke forberedt på ettervirkningene av behandlingen.

Opplevelsen av å ikke fungere på samme nivå som før er en tøff erfaring for mange. I tillegg opplevde flere at arbeidsgiver og kollegaer hadde de samme forventningene til dem som før de ble syke. Vi finner at det kan være et motsetningsforhold mellom omgivelsenes forventninger på den ene siden og egen opplevelse av situasjonen på den andre. Dette kan skape utfordringer. For å komme tilbake til arbeidslivet har de derfor måttet finne nye tilpasninger og følt et behov for å definere sine egne og omgivelsenes forventninger på nytt.

Inntrykket fra intervjuene er at mange kreftrammede presser seg tilbake til jobb når sykepengeperioden er over. De går heller sliten på jobb enn å gå over på AAP. For å klare arbeidet legger mange opp til en tilværelse bestående kun av jobb og søvn, alt annet nedprioriteres. Flere har også tatt i bruk eventuelt opparbeidede feriedager og avspasering for å kunne jobbe redusert. Noen har forsøkt å forberede seg på at sykepengeperioden kunne bli for kort ved å vente lengst mulig med å bli sykmeldt under behandlingsperioden. For de som har hatt sykmelding i forkant av kreftdiagnosen, kan dette bli ekstra vanskelig.

De fleste arbeidsgivere mener at åpenhet og innsikt i den kreftrammedes sykdom og forløp er avgjørende for å kunne tilrettelegge på en god måte. Personlige egenskaper ved ledere, som omtanke og innlevelse i den ansattes situasjon og motivasjon til å legge til rette og holde kontakt med kreftrammede arbeidstakere, har betydning for hvor langt ledere strekker seg.

Nærvær på arbeidsplassen handler ikke nødvendigvis om å være fysisk tilstede og utføre arbeidsoppgaver. Arbeidsgivere kan gjøre mye for å støtte og inkludere den ansatte i perioder hvor hun/han er 100 prosent sykmeldt. Å holde kontakten underveis løftes frem som en nøkkelfaktor for å lette tilbakekomst til arbeidet. Til tross for 100 prosent sykmelding har mange arbeidsgivere lagt til rette for nærvær og kontakt som fremmer den sykmeldtes tilhørighet til arbeidsplassen.

Våre arbeidsgiverinformanter trekker frem at arbeidsmiljøet og kollegaer er viktig for den ansatte som rammes av kreft. Hvis ikke den kreftrammede ønsker å informere kollegaer, vil arbeidsgiver få et vanskeligere utgangspunkt for tilrettelegging. Vi finner også at tilretteleggingen ofte forutsetter at kollegaer er forståelsesfulle og villig til å ta på seg nye oppgaver/være fleksible. Arbeidsgiver ansetter ofte ikke vikar for den kreftsyke, slik at kollegaer i stor grad må overta oppgaver. Spesielt gjelder dette i privat sektor. Forklaringen er dels økonomisk, men også i at det er krevende å ansatte vikarer når den sykmeldte har gradert sykmelding og/eller det er lite forutsigbarhet rundt tilstedeværelse og arbeids- evne. En del sykmeldte kan også sitte med nøkkelkompetanse som det er utfordrende å erstatte med vikarer.

NAVs rolle

NAVs regelverk for sykefraværsoppfølging legger en rekke føringer for hvordan NAV, arbeidsgivere og sykmeldere skal følge opp sykmeldte. Oppfølgingsregimet tar i utgangspunktet ikke hensyn til hvilken sykdom arbeidstaker er rammet av. Det er to ting som går igjen i informantenes beskrivelse av NAVs rolle. Det ene er en kritikk av måten NAV som system behandler og kommuniserer med sine brukere. Den negative opplevelsen er nært knyttet til språket i de skriftlige henvendelsene fra NAV. Inntrykket er at informantenes irritasjon over brevene ofte handler om at de opplever at henvendelsene treffer feil i forhold til den

situasjonen de befinner seg i. Det andre er imidlertid positive vurderinger av samtalen med den enkelte NAV-veileder.

NAV skal avholde et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver senest etter 26 ukers sykefravær, "unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig." Møtet kalles *dialogmøte 2*. Ved 39 ukers sykmelding skal NAV sende sykmeldte et informasjonsbrev med tilbud om en samtale for å fange opp behov for eventuelle arbeidsrettede tiltak, arbeidsavklaringspenger (AAP) eller andre tiltak. I tillegg kan NAV innkalle til *dialogmøte 3* – ev. etter ønske fra den sykmeldte, arbeidsgiver og/eller sykmelder. Sistnevnte møte arrangeres i tilfelle noen uker før sykepengeperioden utløper.

Arbeidstakerinformantene våre hadde svært ulike erfaringer med hvordan oppfølgingen fra NAVs side har fungert. En del av dem forteller at NAV ikke kalte inn til dialogmøte 2 og 3, og at de først ble kontaktet da sykepengeperioden nærmet seg slutten. Andre ble innkalt, men ble i samråd med arbeidsgiver og NAV enige om at det ikke var hensiktsmessig å gjennomføre møtene. Det ble forklart med at de var for syke, var i et behandlingsløp, eller at man ikke ønsket «å plage dem unødvendig».

Mange ledere og kreftrammede arbeidstakere har dermed hatt forholdsvis lite kontakt med NAV under sykefraværet. Flere er riktignok positive til støtteordningene som NAV tilbyr sykmeldte; blant annet rehabilitering og samtaler med fagpersoner. Det var også mange som opplevde at informasjonen som NAV-veilederen ga i møtene var svært nyttig. Veilederne fungerte for eksempel som aktive og gode rådgivere i spørsmål om kreftrammedes personlige økonomi. Samtidig er det mange som ikke helt ser nytten av NAVs oppfølging. Noen opplevde møtene som meningsløse. Noe av forklaringen kan være at NAV-veileder i liten grad inkluderer arbeidsgiver i dialogen og de vurderinger som gjøres underveis. Både arbeidstakere og arbeidsgivere trekker også frem at NAV blir enda mer usynlig når arbeidstaker går over på AAP.

NAV-veiledere har en viktig rolle med å dele kunnskap og tilby rådgivning om tilrettelegging til sykmeldte og arbeidsgivere, samt gi informasjon om virkemidler/tiltak som kan øke arbeidsgiveres mulighet for tilrettelegging og hindre frafall fra arbeidslivet. Virkemidlene ser ut til å være lite kjent blant arbeidsgiverne. Videre kan dialogmøtene fungere som en buffer i konflikt-situasjoner, og NAV-veiledere kan bistå i arbeidet med å løse eventuelle misforståelser. Tilbakemeldingene fra arbeidsgivere og arbeidstakere gir grunn til å stille spørsmål om ikke NAV kan bistå på en mer offensiv måte enn i dag overfor kreftrammede arbeidstakere.

Mye tyder på at endringer i regelverket for graderte sykepenger, lengden av sykepengeperioden og/eller nye målrettede virkemidler/tiltak ville lagt bedre til rette for at kreftrammede arbeidstakere kan kombinere arbeid med sykdom, behandlingsløp og eventuelle seneffekter. I tillegg til at slike endringer ville gitt de kreftrammede og deres familier bedre livskvalitet, vil man kunne avhjelpe belastningen på arbeidsgiver og den kreftrammedes kollegaer. Vi har imidlertid ikke gjort noen vurderinger av hvilke samfunnsøkonomiske implikasjoner slike endringer ville hatt.

1 Innledning

I dag er det om lag 215 000 personer som lever med eller har hatt kreft i Norge. Årlig rammes over 30 000 personer av kreft - om lag 1 500 av dem er under 55 år. Norske myndigheter har en uttalt målsetting om at flere skal overleve og leve lenger med kreft. Virkemidler som tidlig diagnostikk, høyt nivå på utredning, behandling og oppfølging har som målsetting at Norge skal være blant de landene med høyest 5-års overlevelse etter kreft.¹

Mange yrkesaktive kreftrammede kan ha et betydelig behov for oppfølging, tilrettelegging og rehabilitering. Det er usikkerhet knyttet til omfanget av bivirkninger av nye og mer intensive behandlingsmetoder, og norske studier har vist at langtidsoverlevende av kreft kan ha utfordringer med arbeidsevnen selv 5 år etter at de fikk diagnosen. Funnene aktualiserer et behov for å rette søkelyset mot arbeidsgiveres tilrettelegging for kreftoverlevende i lang tid etter at kreftsykdommen er ferdigbehandlet.

Å få en kreftdiagnose kan snu opp-ned på mange aspekter ved livet. Mens mange ønsker å komme tilbake til jobb og vende tilbake til den hverdagen de hadde før sykdommen, finner andre ut at de ønsker å gjøre andre prioriteringer. Retur til arbeidslivet vil også være avhengig av den enkeltes diagnose og sykdommens alvorlighetsgrad, samt forekomsten av bivirkninger under og etter behandling.

Å komme tilbake til hverdagen og delta i et sosialt fellesskap med kollegaer kan bidra til at man overkommer negative bivirkninger av kreftsykdom og behandling, både for kreftpasienter og de som er erklært friske. Å fortsette i arbeid har positive effekter på den enkeltes økonomi og øker produksjonen i samfunnet generelt.

I denne rapporten undersøker vi premisser og muligheter for å vende tilbake til jobb som kreftrammet arbeidstaker. Vi diskuterer hvordan arbeidsgiver, arbeidstakere og myndigheter kan bidra til at flere som har eller har hatt kreft kommer tilbake til jobb, raskere eller i det hele tatt.

1.1 Formål og problemstilling

Formålet med denne rapporten er å gi ny kunnskap som kan bidra til at arbeidstakere med kreft får økt nærvær på arbeidsplassen. Et overordnet mål har vært å gi arbeidsgivere, NAV-veiledere og arbeidstakere økt kunnskap om hva kreftsykdom og behandling kan bety for arbeidstakere som rammes av kreft. Hovedproblemstillingen har vært:

Hvordan kan arbeidsgiver, arbeidstaker og myndigheter bidra til å øke den kreftrammedes nærvær i arbeidslivet under utredning/behandling og redusere frafall fra arbeidslivet på grunn av en kreftsykdom?

Oppdraget har vært delt i to, der vi i del A har sett på sykefravær blant arbeidstakere som har eller har hatt kreft, blant annet ved hjelp av en omfattende registeranalyse. I del B har vi gjennom intervjuer med ressurspersoner på feltet

¹ *Sammen mot kreft*. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017.

og casestudier sett på hvordan tilrettelegging for kreftrammede arbeidstakere kan bidra til å øke nærvær og redusere frafall i arbeidslivet.

Del A - Sykefravær blant arbeidstakere som har eller har hatt kreft

Det er lite kunnskap om sykefraværet til arbeidstakere som har eller har hatt kreft. Det er flere grunner til det. En viktig grunn er at mange analyser av sykefravær knyttes til fraværstilfeller. Dette er problematisk fordi kreftsyke ofte kan jobbe mellom behandlinger og/eller fordi det etter noe tid kan oppstå tilbakefall-/spredning. Mange har dermed flere fraværstilfeller i løpet av et sykdomsforløp. Det er først når man ser en kreftsyk sine fraværstilfeller over tid at man får et uttrykk for hvor omfattende sykefravær som den enkelte har hatt. Delproblemstillingene er:

- a) *Hva kjennetegner arbeidstakere som får kreft? Vi ser på bakgrunns-kjennetegn som alder, kjønn, yrke, diagnose og behandlingsmåte?*
- b) *Hva kjennetegner sykefraværet? Vi ser på antall dager sykefravær totalt, bruk av gradert sykmelding, overgang til AAP og andre ordninger, samt tilbakekomst til arbeid?*
- c) *Hvilke kjennetegn ved personene, arbeidet og kreftsykdommen påvirker sykefraværet og overgang til AAP/tilbakekomst til arbeid?*
- d) *I hvor stor grad har regelverket for sykepenger betydning for de kreftrammede?*

Del B Tilrettelegging for kreftrammede arbeidstakere for å øke nærvær og redusere frafall

Mange som får en kreftdiagnose blir langtidssykmeldt. Har man vært sykmeldt i ett år, opphører retten til sykepenger. Mange kreftpasienter trenger langvarig behandling og må dermed over på annen inntektssikringsordning: Ofte AAP.

Selv om kreftrammede blir erklært friske, rapporteres det ofte om en rekke senskader/-virkninger som kan gi utfordringer. I tillegg til fatigue/tretthet er det mange som opplever fysiske og psykiske plager. En utfordring kan være at disse ofte ikke blir definert som konsekvenser av kreftsykdommen, men som en "ny sykdom". I denne delen av undersøkelsen har vi sett på:

- a) *Hvilke krav og føringer har myndighetene satt til den sykmeldte, arbeidsgiver, sykmeldende instans og NAV når det gjelder oppfølging og tilrettelegging av sykmeldte?*
- b) *Hva betyr senvirkninger av en kreftsykdom for arbeidstakers nærvær og frafall fra arbeidslivet?*
- c) *Hvilke behov for tilrettelegging på arbeidsplassen har arbeidstakere som har eller har hatt kreft?*
- d) *Er det variasjon i behovet etter en kreftdiagnose?*
- e) *Varierer behovet for tilrettelegging med om den kreftrammede er under utredning, behandling eller friskmeldt?*
- f) *Identifisere og beskrive arbeidsgivers muligheter for tilrettelegging.*

1.2 Forskningsdesign og metode

Som analytisk innfallsvinkel har vi lagt til grunn at arbeidsnærværet til en ansatt som rammes av kreft formes av følgende tre forhold:

- (1) Den ansatte selv; diagnose, behandling, sykdomsforløp med eventuelle ettervirkninger, familiesituasjon, økonomisk tap, mv.
- (2) Arbeidsgivers muligheter til og begrensninger for å legge til rette
- (3) Regelverket i NAV, og hvordan dette utøves

Vi har utformet studien ut fra et ønske om å utforske hvordan disse tre forholdene sammen bidrar til å skape et mulighetsrom for arbeidsnærvær etter en kreftdiagnose. I dette ligger en antakelse om at det både er store ulikheter blant personer som rammes av kreft, og at det er store ulikheter når det gjelder arbeidsgiveres muligheter for å legge til rette for ansatte som rammes av kreft.

Alle arbeidstakere og arbeidsgivere forholder seg til det samme regelverket fra NAV. Regelverket gjelder altså på tvers av ulikheter i diagnose og arbeidsplass. Av den grunn har vi vært spesielt opptatt av å undersøke hvordan bransje-/yrkes-spesifikke og interne rammebetingelser hos arbeidsgivere kan bidra til arbeidsnærvær.

Utgangspunktet har vært en antakelse om at mulighetene og begrensningene arbeidsgivere opplever varierer i ulike sektorer og mellom ulike yrkesgrupper og stillingstyper. Vi har derfor ønsket både å dekke et mangfold av ulike typer arbeidsgivere, samtidig som vi trekker frem særlige kjennetegn eller dimensjoner ved utvalgte sektorer/yrker. Vi har derfor valgt casestudier som metodisk tilnærming.

Ulikheter mellom kreftdiagnosene, behandlingsformene og de individuelle sykdomsforløpene gjør det vanskelig å snakke om kreft som én sykdom. Derfor har det også vært viktig for oss å få fram mangfoldet og ulikhetene blant arbeidstakere som rammes av kreft.

Studien består av følgende hoveddeler:

- Innledende informantintervjuer med ressurspersoner innenfor kreftbehandling
- Dokumentstudier av NAVs regelverk for oppfølging av sykmeldte
- Litteraturgjennomgang av forskning om kreftrammede i arbeidslivet
- Registeranalyse
- Kvalitative intervjuer med ansatte som har vært rammet av kreft
- Casestudier basert på intervjuer med arbeidsgivere
- Dialogkonferanse

1.2.1 Innledende informantintervjuer med ressurspersoner

Vi har intervjuet en rekke ressurspersoner og representanter for behandlingsapparatet, frivillige organisasjoner og rehabiliteringsinstitusjoner som har kunnskap om kreftrammede i arbeidslivet.

Intervjuene ble gjort for å få kunnskap om kreftrammede i arbeidslivet fra ulike sider ved rehabiliterings- og behandlingsfeltet og støtteapparatet. Formålet har vært å forstå forhold som er viktige for kreftrammedes arbeidsnærvær sett fra perspektivet til fagpersoner som jobber tett opp mot mennesker som rammes av kreft.

Innsikten fra intervjuene ga oss grunnlag for å videreutvikle problemstillingene. Dette gjaldt både registeranalysen og utformingen av casestudien med tilhørende utforming av intervjuguider. Informantene har også gitt viktige tilbakemeldinger på midlertidige problemstillinger og empiriske funn. Vi har intervjuet følgende aktører og instanser:

- To gruppeintervjuer med sentrale nøkkelpersoner ved Catosenteret
- Avdelingsdirektør ved NAV arbeid og helse i Telemark
- Intervju med NAV-veileder
- Kreftsykepleier, Drammen kommune
- Kreftkoordinator, Drammen kommune
- Kreftkoordinator, Arendal kommune
- To likepersoner
- Gruppeintervju med kreftsykepleier og psykiatrisk sykepleier i Kreftforeningen
- Gruppeintervju med sosionom og jurist i Kreftforeningen
- Lege ansatt i Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Professor og overlege ved Rikshospitalet
- Leder av Vardesenteret i Bodø
- Leder av Vardesenteret i Tromsø
- Gruppeintervju med sosionom og lege ved Raskere tilbake, Radiumhospitalet.

1.2.2 Dokumentstudier og gjennomgang av forskning

Det foreligger et omfattende materiale som er relevant for dette prosjektet. I tillegg til brosjyrer mv. fra blant annet NAV og Kreftforeningen foreligger en rekke forskningsrapporter som belyser kreftrammedes situasjon og/eller oppfølging av sykmeldte. Identifisert materiale har blitt systematisk gjennomgått.

Kreftforeningen har vært en viktig kilde for å fremskaffe relevant materiale. I tillegg har våre intervjuer med ressurspersoner i behandlings- og rehabiliteringsfeltet gitt innsikt i relevante forskningsbidrag på feltet: Ikke minst fra forskere ved *Nasjonalt kompetansesenter for seneffekter etter kreftbehandling* og andre forskere med inngående kjennskap til forskningen om seneffekter, behandlingsmetoder og om kreftrammede arbeidslivet. Vi har også gjort systematisk litteratursøk i databaser med relevante vitenskapelig tidsskrifter.

Vi fant en rekke studier av kreftrammedes situasjon og tilbakekomst til arbeidslivet. Det er imidlertid færre studier, både nasjonalt og internasjonalt, som har tatt utgangspunkt i arbeidsgiveres ståsted og erfaringer med oppfølging og tilrettelegging for kreftsyke/kreftoverlevende.

1.2.3 Registeranalyse

Registeranalysen er basert på data fra kreftregisteret og NAV. Kreftregisteret har først valgt ut alle over 17 år som fikk kreft i perioden 2000 til og med 2012. Deretter har NAV hentet ut informasjon om disse personene fra sine registre.

Populasjon

Det opprinnelige datasettet fra Kreftregisteret inkluderte til sammen 149 577 personer. Vi har valgt å avgrense populasjonen til de som hadde jobb på diagnosetidspunktet. Dette har vi valgt å definere som personer som hadde et arbeidsforhold ifølge Arbeidsgiver-/arbeidstakerregisteret (AA-registeret), men som ikke hadde uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger. I tillegg har vi bare inkludert personer som var yngre enn 67 år for ikke å få med noen som (trolig) har alderspensjon. Dersom en person er registrert med kreft flere ganger i perioden, har vi fulgt personen fra det første krefttilfellet. Dette gir oss et totalutvalg på 73 725 personer som vi følger måned for måned fra 2002 til september 2014. Videre har vi i noen av analysene valgt å bare inkludere personer som er i live etter to år, det vi kan definere som kreftoverlevende. Dette utgjør i alt 59 910 personer.

Variabler

Fra Kreftregisteret har vi fått informasjon om krefttype og behandlingsform.

Når det gjelder krefttype har vi valgt å bruke den overordnede grupperingen som Kreftregisteret selv bruker i sine oversikter, og ikke den mest finmaskede inndelingen. Tidlige analyser tilsa også at det ikke var veldig store forskjeller mellom de ulike diagnosene innen hver gruppe.

Når det gjelder behandling vet vi om personene har fått kirurgi, kjemoterapi (cellegift) og/eller strålebehandling. Det er en god del personer som er kodet med "usikkert" på de to siste behandlingsformene, og dette omtales i analysene der det er relevant.

Fra NAV har vi fått koplet på informasjon om folkeregisterstatus og personkjennetegn, arbeidsforhold og helserelaterte trygdeytelser.

Personkjennetegn inkluderer kjønn, alder, sivilstatus og eventuell dødsdato. Vi har også informasjon om innvandring til eller utvandring fra Norge. Det viste seg imidlertid at mange hadde datoer som ikke stemte med det tidspunktet de fikk en diagnose i Norge. Dette kan henge sammen med at en del personer valgte å returnere til Norge når de ble syke. Fordi det ikke var mulig å skille de som faktisk hadde utvandret fra de som ikke hadde det eller som returnerte, har vi valgt å ikke ta hensyn til denne variabelen i analysene.

Når det gjelder arbeidsforhold har vi informasjon om start- og stoppdato, næring og yrke (etter 2007). I tillegg har vi inntekt per år for personene. Det er en del personer som har overlappende arbeidsforhold. Vi har da slått dem sammen. I den perioden arbeidsforholdene overlapper hverandre, har vi valgt å beholde informasjon om det arbeidsforholdet som startet sist. Årsaken er at vi har større tillit til nye registreringer i AA-registeret enn avslutning av arbeidsforhold. Personene er altså tilegnet (maksimum) ett arbeidsforhold per måned og blitt kodet med informasjon fra dette arbeidsforholdet.

Når det gjelder sykefravær, har vi informasjon om alle enkeltsykmeldingene hver person har hatt, med fra- og til-dato, eventuell gradering og diagnose. Dette er altså alle tilfellene hvor personene har fått en sykmelding fra lege. Datagrunnlaget gjør det noe vanskelig å regne ut nøyaktig forbruk av sykepenger, fordi vi ikke vet om sykmeldingen har kommet tidlig i sykefraværet eller sent (før utløpet av arbeidsgiverperioden). Det er både mulig at personene har blitt sykmeldt av lege fra dag én av sykefraværet og fra dag 17 (dersom arbeidsgiver ikke krever sykmelding i løpet av arbeidsgiverperioden). Vi har dessuten valgt å telle kalenderdager og ikke arbeidsdager innenfor sykmeldingsperiodene, da alternativet ville være både kompliserende og vanskelig. Dette gjør at det er noe usikkerhet knyttet til når en person eventuelt har brukt opp sykepengerrettighetene fra NAV. For å ta høyde for denne usikkerheten har vi valgt å definere elleve måneders sykmeldinger eller mer som å nærme seg eller ha nådd utløpet av sykepengeperioden.

For de andre ytelsene, det vil si arbeidsavklaringspenger, uførepensjon og de tidligere ytelsene rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbestemt uførepensjon, har vi fått informasjon om hvilke måneder disse har blitt utbetalt. Vi grupperer rehabiliteringspenger, attføringspenger og tidsbestemt uførepensjon sammen med arbeidsavklaringspenger, og omtaler alle fire som arbeidsavklaringspenger i analysene for enkelthets skyld. Vi har data om gradering av uførepensjon.

Metode/analyser

I rapporten beskrives en del kjennetegn ved de kreftrammede og deres forløp over tid når det gjelder arbeid, sykefravær og andre trygder. Vi har i tillegg gjennomført tre sett med lineære regresjoner som er gjort separat for menn og kvinner. Årsaken er at diagnose har stor betydning for de kreftrammedes tilpasning over tid, og diagnose korrelerer sterkt med kjønn. Vi har dessuten gjort egne analyser der vi bare inkluderer informasjon om yrke.

1.2.4 Casestudier

I vår studie er vi opptatt av hvordan arbeidsgivere har fulgt opp og tilrettelagt for kreftrammede ansatte og eventuelt hvorfor de opplever barrierer i dette arbeidet. Casestudier er særlig egnet i tilfeller hvor man har begrenset kunnskap i utgangspunktet, hvor det er komplekse sammenhenger, mange aktører er involvert, og det er viktig å forstå konteksten. Tilnærmingen er velegnet til å skaffe innsikt i «hvordan» og «hvorfor» spørsmål.

Casestudier kan gjennom stor detaljeringsgrad bidra til økt forståelse og innsikt i enhetene som studeres og hvilken organisatorisk kontekst arbeidet foregår innen. Ved hjelp av intervjuer av informanter innenfor seks case, som har ulike kjennetegn, får vi belyst variasjoner i rammebetingelser og arbeidsgiveres erfaringer med sykefravær, oppfølging og tilrettelegging for kreftrammede arbeidstakere.

Formålet med casestudien har ikke vært å gi en helhetlig beskrivelse av alle forhold som har betydning for oppfølging og tilrettelegging for kreftrammede i arbeidslivet. Vi har rettet oppmerksomheten mot hvordan noen interne rammebetingelser, den sykmeldtes situasjon og enkelte andre forhold ved

arbeidsplassen kan ha betydning for hvordan og i hvilken grad arbeidsgivere tilrettelegger og følger opp ansatte som rammes av en kreftsykdom. Hvilke barrierer møter arbeidsgivere i ulike deler av det norske arbeidslivet når de skal følge opp og tilrettelegge? Hvilke dilemma oppstår i dette arbeidet og hvilke løsninger har de funnet for å tilrettelegge på en god måte?

Det var viktig for oss å sette søkelyset på praktiske problemstillinger som kan ha stor relevans for arbeidsgivere generelt. Noen av dem kan knyttes til arbeidets art og sider ved bransje/yrkesgruppene som er utgangspunktet for casene (casespesifikke faktorer). Andre problemstillinger og løsninger er knyttet til sykdommen/behandlingen og er mer generelle, og er dermed i større grad uavhengig av case.

Utvalgskriterier og rekruttering

Innspill fra informantintervjuer med ressurspersoner og kunnskap fra forskningen på feltet bidro til å identifisere seks dimensjoner ved yrker og arbeidsoppgaver som kan påvirke kreftrammedes sykefravær og arbeidsgiveres handlingsrom for tilrettelegging. Det er

- Fysisk belastning
- Omsorg for andre
- Turnus/nattarbeid
- Fleksibilitet (arbeidstid, sted, oppgaver)
- Kontakt med bruker/kunde/klient
- Selvstendighet i arbeidet og muligheter til å påvirke arbeidsoppgaver

Det ovennevnte er ikke en uttømmende eller rangert liste over dimensjoner som påvirker sykefraværet til kreftrammede og handlingsrommet for arbeidsgiverne, men har vært styrende for vår utvelgelse av case. Ut fra de nevnte dimensjonene ble casestudien strukturert rundt følgende seks bransjer/yrkesgrupper:

- Akademia
- Frie yrker/konsulent
- Helse- og omsorgssektoren
- Kontor
- Utdanningssektoren
- Manuelle yrker

Rekruttering av arbeidsgivere og kreftrammede arbeidstakere

Vi ønsket i utgangspunktet å intervju arbeidsgivere og arbeidstakere innenfor de seks casene, men både på grunn av justeringer underveis i oppdraget og innspill om konkrete informanter med interessante erfaringer, har vi også gjennomføre noen intervjuer med informanter som ikke kan plasseres direkte inn i ett av de seks casene.

Informantene ble rekruttert på flere måter. Kreftforeningen sendte våren 2014 ut en forespørsel via Facebook der de informerte om prosjektet og at vi ønsket å komme i kontakt med arbeidsgivere og kreftrammede arbeidstakere. Henvendelse var som følger:

Har du kommet tilbake i arbeid etter/under kreft eller har du ansatte som er tilbake i jobb etter kreft? Da ønsker Proba samfunnsanalyse å snakke med

deg. Proba skal i et forskningsprosjekt intervju personer som har eller har hatt kreft og som er i jobb. Prosjektet er finansiert av FARVE (NAVs forsøksmidler) og Kreftforeningen. Kan du tenke deg å stille opp på en times intervju? Les mer her: <http://www.proba.no/?p=719>

På Probas hjemmeside var det ytterligere informasjon om prosjektet, personvern mv. I tillegg ble det lagt ut en link til et kartleggingsskjema der vedkommende kunne oppgi kontaktinformasjon og opplyse om utvalgte forhold: Vi spurte om alder, arbeidstilknytning (på diagnosetidspunktet, under behandlingen og etter eventuell friskmelding, type behandling), hvilken sektor de jobbet i, kjennetegn ved arbeidet og arbeidsplassen, samt en kort beskrivelse av eventuell tilrettelegging på arbeidsplassen. Arbeidstakerne fikk også mulighet til å angi om det var greit at vi kontaktet arbeidsgiveren deres. Det ble også laget et eget kartleggingsskjema til arbeidsgivere.

Om lag 80 kreftrammede og rundt 10 arbeidsgivere registrerte seg via kartleggingsskjemaet. Basert på en gjennomgang av svarene rekrutterte vi alle de intervjuede arbeidstakerne. De ble valgt ut fra alder, behandlingssløp, arbeidstilknytning, yrke/arbeidsoppgaver, sektor og hvilken tilrettelegging de hadde fått. Formålet var å rekruttere de som best kunne belyse våre problemstillinger.

Gjennom rekrutteringen av arbeidstakere fikk vi også identifisert en del arbeidsgivere. Siden vi i utgangspunktet ønsket å holde på vår tilnærming med seks ulike case ble en del av de innrapporterte arbeidsgivere uaktuelle. Enkelte av de vi kontaktet ønsket heller ikke å delta (de var rapportert av de kreftrammede arbeidstakerne).

Etter at vi hadde konkretisert de seks casene ble ytterligere arbeidsgivere rekruttert ved at vi tok direkte kontakt. Noen ble rekruttert via bekjenskaper, mens andre ble rekruttert via Virke (som var representert i referansegruppen) og Kreftforeningen. Vi tok også kontakt med enkeltvirksomheter – som regel forholdsvis store – med spørsmål om de hadde relevante erfaringer.

I rekrutteringsprosessen kontaktet vi et relativt stort antall arbeidsgivere gjennom telefon og e-post. Mange vi tok kontakt med takket nei til å delta. Noen oppgav at de ikke hadde erfaringer med kreftrammede, mens andre ikke ønsket å delta. Vi måtte derfor revurdere og justere noe på casene etter hvert som arbeidet skred frem.

Vi har gjennomført til sammen 18 intervjuer med arbeidstakere som har vært rammet av kreft. Blant disse var 15 kvinner og tre menn. De representerer ulike aldersgrupper og ulike sektorer av arbeidslivet; De fleste er innenfor én av de seks casene. I tillegg intervjuet vi 34 arbeidsgivere.

Intervjuene ble i all hovedsak gjennomført ansikt til ansikt. Noen intervjuer ble imidlertid av praktiske hensyn gjennomført på telefon. Selve intervjuet varte mellom én og halvannen time. Av personvern hensyn ønsket vi ikke at arbeidstakerne og arbeidsgiverne skulle rekrutteres fra samme arbeidsplass.

Utvalget av informanter kan ikke anses som representativt. I tillegg til at utvalget er begrenset til arbeidstakere og arbeidsgivere som har vært villig til å gi oss innsikt i erfaringer med tilrettelegging for kreftrammede, ønsket vi informanter som hadde relevant erfaring. Vi antar at dette har ført til en skjevhet i utvalget ved at våre informanter i større grad har mestret å legge til rette for ansatte med kreft, enn hva som kanskje er vanlig i norsk arbeidsliv.

Hensikten har imidlertid ikke vært å rekruttere arbeidsgivere som er representative for våre case. Formålet har snarere vært å få innsikt i, og videreformidle, erfaringer som kan bidra til at andre arbeidsgivere kan lære og få kunnskap om oppfølging av kreftrammede i arbeidslivet. Søkelyset har vært rettet mot de gode eksemplene.

Mange av arbeidsgiverne vi har intervjuet har imidlertid hatt erfaring med flere arbeidstakere med kreft, både tilfeller der de har lykket med tilrettelegging og der de har mislykket. Vi har dermed også fått illustrert en rekke problemstillinger fra situasjoner der tilrettelegging har vært krevende og/eller umulig; Noen ganger fordi arbeidsgiver eller kreftrammede arbeidstakere var «motvillig» til tilrettelegging. Andre ganger fordi den kreftrammede var for syk til å kunne arbeide.

1.3 Dialogkonferanse

I mai 2015 arrangerte vi en dialogkonferanse i samarbeid med Kreftforeningen der sentrale funn fra prosjektet ble presentert. På konferansen deltok noen av de intervjuede arbeidsgiverne, ressurspersonene fra behandlingsapparatet og forskere. I tillegg deltok referansegruppen og representanter fra Kreftforeningen. Konferansen ble benyttet til å drøfte utvalgte problemstillinger – ikke minst NAV sin rolle ovenfor kreftrammede arbeidstakere.

1.4 Leserveiledning

I kapittel 2 drøftes aspekter ved å ha en kreftsykdom, behandlingsforløpet, samt muligheter og utfordringer med tilbakeføring av kreftrammede arbeidstakere til arbeidslivet. Utgangspunktet for teksten er nasjonal og internasjonal forskning på feltet.

I kapittel 3 redegjør vi for sykepenge- og oppfølgingsregime for sykmeldte arbeidstakere. Vi drøfter regelverket og synliggjøre hvilke kostnader som arbeidsgiver har ved et sykefravær og hvilket økonomisk tap som arbeidstakere kan ha.

Kapittel 4 er basert på kvalitative intervjuer med 18 personer som har vært rammet av kreft. Vi drøfter hva senvirkninger av en kreftsykdom betyr for arbeidstakers nærvær og frafall fra arbeidslivet. I tillegg ser vi på behovet for tilrettelegging på arbeidsplassen og om dette har sammenheng med om den kreftrammede er under utredning, behandling eller friskmeldt. Til slutt drøfter vi hvilken betydning utformingen av sykkelønnsordningen har for kreftrammedes arbeidsnærvær.

I kapittel 5 presenterer vi funnene fra registeranalysen. Analysen er delt i tre deler. Først går vi gjennom hvem det er som får kreft mens de er i arbeid, det vil si kjennetegn ved personene og kreftsykdommen. Deretter beskriver vi de kreftrammedes arbeidstilknytning, sykefravær og trygder. Til slutt belyser vi enkelte problemstillinger knyttet til sykepengereguleringen og hvordan sykefravær, arbeidstilknytning og bruk av arbeidsavklaringspenger henger sammen med de ulike kjennetegnene ved individene og sykdommen. Sistnevnte er basert på regresjonsanalyser.

I kapittel 6 presenteres de seks ulike casene (yrker/bransjer) som inngår i case-studie. Henholdsvis akademia, frie yrker, kontor, helse- og omsorg, manuelle yrker og utdanningssektoren. Vi ser på sammenhenger mellom yrker, arbeidsoppgaver og institusjonelle rammebetingelser på den ene siden og arbeidsgiveres handlingsrom for å tilrettelegge for arbeidsnærvær for kreftrammede på den andre siden. Vi har vært opptatt av å trekke inn hvordan kontekstuelle faktorer påvirker tilretteleggingen, samt hvilke barrierer og løsninger for arbeidsnærvær som kan identifiseres i de seks casene.

I kapittel 7 trekker vi frem noen eksempler på arbeidsgiveres erfaringer med tilrettelegging og oppfølging som i stor grad er uavhengig av yrke/bransje. Vi ser spesielt på hvordan relasjonelle faktorer kan fremme tilrettelegging, før vi beskriver eksempler fra arbeidsgivere som har lykket spesielt godt med oppfølging av kreftrammede.

I siste kapittel (8) gjøre vi rede for hvilke rammebetingelser arbeidsgivere må ta hensyn til i arbeidet med tilrettelegging for ansatte som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt. Blant annet problematisere vi utløpet av sykepengeperioden – når de kreftrammede har vært sykmeldt ett år. Deretter ser vi på informantenes erfaringer med NAV. Til slutt diskuterer vi betydningen av NAVs rolle i oppfølging og tilrettelegging for kreftrammede i arbeidslivet.

2 Kreftsykdom, behandlingsforløp og tilbakeføring til arbeidslivet

2.1 Innledning

I 2012 ble 30 000 nye krefttilfeller oppdaget i Norge (Kreftregisteret, 2014). Om lag 60 prosent av alle kreftpasienter lever minst fem år etter at de har fått diagnosen (Helsedirektoratet, 2013). Om lag 215 000 personer lever med eller er friskmeldte fra kreft. Tallet er økende på grunn av bedre diagnostisering og generelt høyere levealder i befolkningen.

40 prosent av kreftpasientene i Norge er i arbeidsfør alder. I en stor del av forskningslitteraturen benyttes begrepet kreftoverlever om mennesker "som etter noe varierende tid fra sin kurative behandling (oftest fem år) har avsluttet regelmessige kontroller i spesialisthelsetjenesten" (Helsedirektoratet, 2010, side 3). Forbedret kreftbehandling er en betydelig årsak til at flere overlever, og hele 80 prosent av norske kreftammede i arbeidsfør alder er i arbeid 2-5 år etter at behandlingen er avsluttet (Torp et al., 2012, s. 325).

I dette kapittelet presenterer vi nordisk og internasjonal forskningslitteratur om kreftammede og arbeidsliv. Vi har ikke gjort en systematisk litteraturstudie av forskningen på feltet, men vi har gjennomgått artikler i anerkjente tidsskrifter som *Acta Oncologica*, *British Journal of Cancer*, *Journal of Clinical Oncology*, *European Journal of Cancer Care*, *Journal of Cancer Survivorship* og *Supportive Care in Cancer*. Vi har identifisert en rekke internasjonale studier om temaet kreftammede og arbeidsliv, men ulikheter i landenes rammebetingelser for arbeidsliv, sykefravær og oppfølging begrenser overføringsverdien til norske forhold.

Det foreligger også en rekke norske studier om sykefravær og arbeidsliv, men inntil nylig har få viet kreft og arbeidsliv særskilt oppmerksomhet. I de nordiske NOCWO-studiene² tar imidlertid en del av forskningsprosjektene for seg norske forhold (se for eksempel Gudbergsson, 2007, Haugland, 2012; Gudbergsson et al., 2008; Gudbergsson et al., 2011). Oslo Universitetssykehus har også opprettet *Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling* som har som mandat å forske på og formidle kunnskap om somatiske og psykososiale seneffekter etter kreft.³

Et nytt forskningsprosjekt om mekanismene bak seneffekter etter kreftbehandling er også i gang ved universitetssykehusene, ledet av professor Jon H. Loge ved Radium-hospitalet. En av delstudiene i prosjektet undersøker hva langtids-overlevende ønsker å vite om risikoen for seneffekter og behovet for oppfølging.

² Nordic Study Group of Cancer and Work

³ Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling.
<https://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/NK-OUS-16/2010> Hentedato 22.6.2015.

Forskerne ved universitetssykehusene ønsker å finne ut hvilken type informasjon de kreftrammede har fått, hva de mener de burde fått vite og på hvilket tidspunkt.⁴

Arbeidsgiveres muligheter til å tilrettelegge for den enkelte som rammes av kreft er avhengig av de kreftrammedes sykdoms- og behandlingsløp og rehabilitering. Men det er også en rekke andre faktorer som kan ha innvirkning på om de kreftrammede kommer seg raskt tilbake i jobb, hvor mye de kommer tilbake, eller om de i det hele tatt kommer tilbake til arbeidslivet. På grunnlag av litteraturogennomgangen finner vi fire typer faktorer som har betydning for sykefraværet og arbeidsnærvær blant kreftrammede:

1. Sykdoms- og behandlingsrelaterte faktorer
2. Bistand/samhandling med aktører under et behandlings- og oppfølgingsløp
3. Sosioøkonomiske og demografiske faktorer
4. Faktorer knyttet til arbeidsplassen og tilrettelegging

Vi skal i det følgende gjennomgå forskningsbidrag som dekker de fire kategoriene/dimensjonene.

2.2 Sykdoms- og behandlingsrelaterte faktorer

Sykdomsforløpet for en person med kreft varierer fra person til person. Dette kan ha sammenheng med forskjeller i type kreft, hvor langt kreften har kommet når den blir oppdaget, om det er spredning, og hvor i kroppen kreften er. I tillegg responderer personer forskjellig på behandling. For en del behandlinger kan noen bli veldig dårlige av selve behandlingen, mens andre i liten grad har bivirkninger. Det er tilsvarende variasjoner i hvem som opplever seneffekter av behandlingen. I det følgende gir vi en kort presentasjon av vanlige behandlingsformer og behandlingsforløp.

Tidspunkt

Mange kreftformer kan gå uoppdaget lenge, og symptomene kan være vanskelig å knytte til kreftsykdommen. Tidspunkt for diagnostisering av kreftsykdommen er viktig av to årsaker. For det første vil det være lettere å behandle tidlige svulster, og siden disse har vokst mindre vil de i liten grad ha påvirket vevet rundt. I tillegg er faren for spredning mindre ved tidlig diagnostisering.

Spredning (metastase) er kreftceller som har blitt spredd til et annet sted i kroppen og begynt å vokse der. Dette skjer gjerne gjennom kroppens avfallssystem, lymfesystemet. Om kreften har spredd seg i kroppen vil den være vanskeligere å behandle, og det vil også være muligheter for at den sprer seg flere steder. En mindre farlig kreft kan dessuten spre seg til mer vitale organer. Da det er de samme kreftcellene som vokser i metastasen/spredningen, som i den originale svulsten, vil den nye kreften også ha de samme karakteristikkene. Det er altså ikke snakk om en ny kreftsykdom.

⁴ Arbeidsgruppen nedsatt av Helsedirektoratet anbefalte i 2010 at kreftoverlevende bør få skriftlig informasjon om risikoen og forebygging av seneffekter (Helsedirektoratet, 2010)

2.2.1 Behandling

Når en person har fått kreften diagnostisert begynner behandlingen. Vi kan skille mellom tre typer behandling. Den ene er kurerende behandling som har som mål å gjøre pasienten helt frisk, den andre er livsforlengende behandling og den tredje er palliativ eller lindrende behandling. Mens livsforlengende behandling har som mål å holde kreften i sjakk lengst mulig, vil palliativ behandling kun ha som mål å forbedre livskvaliteten til pasienten.

De to siste typene behandling gis altså ikke for å kurere kreften, kun for å redusere virkningene av den. Selv om den første gruppen, de som får kurerende behandling, er mest relevante for denne rapporten, er det også visse krefttyper som ikke kan helbredes, men som kan holdes såpass i sjakk at en kan fungere tilnærmet normalt.

Kirurgi

Når det er mulig å operere en kreftsvulst uten for store konsekvenser vil den ofte bli operert ut. Særlig gjelder dette situasjoner der kreften ikke har spredd seg. En operasjon vil ha svært forskjellige konsekvenser avhengig av hvor i kroppen svulsten sitter. For noen krefttyper er det spesielle utfordringer knyttet til området kreften sitter i fordi vevet rundt blir skadet. Ofte vil en også fjerne lymfeknuter i området fordi kreften spres til resten av kroppen gjennom lymfesystemet. Dette kan føre til lymfødem, det vil si hevelser som kommer av at væske ikke blir ledet bort av lymfesystemet fra deler av kroppen slik det skal.

Cellegift (kjemoterapi)

Cellegift hindrer celledeling, og dermed at kreftsvulster (og andre deler av kroppen) vokser. Cellegiften ødelegger også arvematerialet i cellene, og siden kreftcellene i mindre grad klarer å reparere denne skaden rammes de hardere enn andre celler. Pasientene får som regel cellegift intravenøst, en eller flere dager per uke eller hver andre uke, over en periode på flere måneder. Det finnes flere forskjellige typer cellegift, og hvilken type man velger er blant annet sammenheng med krefttype.

Det er vanlig å bruke cellegift av fire årsaker. Cellegift kan brukes til å drepe kreftsvulsten i seg selv. Den kan også brukes i forkant av en operasjon for å redusere størrelsen på svulsten slik at den er enklere å operere. I etterkant av operasjoner der det er påvist mulighet for spredning brukes ofte cellegift til å drepe mulige kreftceller i andre deler av kroppen. Dette betyr ikke at det er andre svulster, men at det er påvist at kreftceller *kan* finnes andre steder, for eksempel gjennom påvisning av kreft i lymfeknutene rundt. Til slutt kan cellegift brukes som del av en palliativ behandling for å holde sykdommen i sjakk og minske plagene ved kreften.

Cellegift kan ha store bivirkninger på kort sikt. Siden celledelingen i kroppen stoppes, slutter håret å vokse (og mange mister det) og immunforsvaret blir redusert. I tillegg blir noen kvalme, de får blødninger og blodtap, dårligere tannhelse, nedsatt følsomhet og hjerteproblemer.

Strålebehandling

I strålebehandling brukes stråling til å angripe kreftcellene. Det er forskjeller i hvor

godt kreftceller tåler stråling, og strålebehandling brukes derfor ikke for alle kreftformer. Stråling ødelegger arvematerialet i cellene, noe som kreftcellene har større problemer enn andre celler med å reparere. Strålebehandling kan gis på flere måter. En kan bestråle utenfra, gjerne fra flere forskjellige vinkler for at det friske vevet mellom strålen og svulsten ikke skal få for stor stråledose. Det er også mulig å plassere radioaktivt materiale rett på svulsten, eller å gi radioaktivt materiale sammen med stoffer som tas opp i kreftsvulsten. Det er vanlig å få strålebehandling fem dager i uka, men dette kan variere fra pasient til pasient.

Også strålebehandling kan brukes av forskjellige årsaker. For mindre, lokale svulster kan behandlingen virke helbredende. Etter en operasjon kan en også bruke stråling på området rundt kreften for å forhindre tilbakefall. Som ledd i en palliativ behandling kan stråling virke lindrende.

Bivirkningene fra strålebehandling er knyttet til hvilket området som har blitt behandlet, på samme måte som for en operasjon. Kvalme, diare, irritasjon, lavere blodprosent, redusert hårvekst, tretthet, forbrenningsskader og dårlig tannhelse er blant mulige bivirkninger. De reduseres først et par måneder etter behandling.

Hormonterapi

Noen krefttyper er avhengige av kjønnshormoner for å vokse. Særlig gjelder dette for prostatakreft og brystkreft. Dermed kan de behandles ved å begrense tilgangen på hormonene eller ved å begrense effekten av dem. De som får redusert mengden kjønnshormoner, enten gjennom kjemisk eller kirurgisk kastrasjon, kan typisk oppleve bivirkninger som hetetokter (kvinner) eller redusert seksuell interesse (menn).

Immunterapi

Et av de viktigste fremskrittene innen kreftbehandling de siste årene er kommet innen immunterapi. Immunterapi går ut på å bryte immunforsvarets toleranse mot kreft slik at det oppfatter kreften som en infeksjon og dermed begynner å jobbe for å drepe kreftcellene. En fordel med immunterapi er at behandlingen er mer skånsom enn tradisjonelle former for kreftbehandling ettersom det kun er kreftcellene som drepes, og ingen av kroppens friske celler. Behandlingen brukes i dag kun mot enkelte former for kreft, men kan trolig anvendes på langt flere kreftformer i fremtiden.

2.2.2 Seneffekter av en kreftdiagnose

Mange kreftrammede får betydelige senvirkninger av sykdom og behandling. Seneffekter defineres gjerne som langtidsvirkninger av kreft og kreftbehandling som varer i minst ett år, eller oppstår først senere, av og til først etter 10-20 år etter primærbehandlingen (jf. Loge et al. 2013, s. 33). Andre vanlige begreper for seneffekter er sene bivirkninger, langtidsbivirkning og gentoksisitet.

Seneffekter omfatter to grupper av symptomer og sykdommer, som i det følgende vil omtales under ett. Den ene gruppen er sykdommer og symptomer som oppstår kort tid etter primærbehandlingen og som kan vedvare i mange år. Den andre er sykdommer og symptomer som kan oppstå lang tid etter primærbehandling, men som kan knyttes til denne (jf. Helsedirektoratet, 2010, side 10).

Vanlige seneffekter av kreftsykdom og behandling er blant andre muskelsmerter, plager i armer, skuldre, lymfødemer, benskjørhet, hjerte- karsykdommer, mage-tarmplager, forstyrrelser av vannlating, kognitive seneffekter, trøtthet og utmattelse (Loge et al., 2013, side 44-60). Noen pasientgrupper har økt risiko for sekundær kreft, spredning og tilleggssykdommer (som hjerte- og karsykdom).

En arbeidsgruppe av spesialister på kreftområdet nedsatt av Helsedirektoratet⁵ beregnet omfanget av livstruende seneffekter. De anslo at kreftrammede hadde 14 prosent risikoøkning for sekundærkreft og 12 prosent risikoøkning for hjerte-karsykdommer. Utvalget fant at 25 prosent av alle kreftoverlevende har moderat eller høy risiko for livstruende seneffekter.

For de yngste kreftpasientene er risikoen for utvikling av en del av seneffektene større enn blant de eldre, på grunn av den lange latenstiden (Helsedirektoratet, 2010, side 3). Ghaderi et al., (2013) fant i en studie av personer som var rammet av kreftsykdom i barndom, ungdom og tidlig voksenliv at disse hadde 4,4 ganger større sannsynlighet for å motta sosialstønning enn kreftfrie. Om lag 30 prosent oppga at de mottok stønning. En større amerikansk studie har vist at overlevende etter barnekreft har en betydelig risiko enn den generelle befolkningen for å utvikle et alvorlig helseproblem i løpet av livet (Oeffinger et al., 2006).

I dagens kreftbehandling blir det benyttet høy teknologi og effektive behandlingsformer. Det mangler imidlertid studier om hvilke bivirkninger og seneffekter nye og mer effektive behandlingsformer får for kreftpasientene (Loge et al., 2013, side 57).

Kreftpasienter med alvorlige diagnose får ofte en mer omfattende og krevende behandling enn f.eks. de diagnoser som håndteres ved enkel kirurgi (f.eks. føflekkreft). Kirurgiske inngrep med fjerning av hele eller store deler av et organ gir imidlertid ofte betydelig senskader, noe man også kan forvente etter stråling nært vitale organ (Loge et al., 2013). Livsstilvalg som røyking, trening og kosthold har også betydning for i hvilken grad kreftpasienter får plager i etterkant av behandlingen (Helsedirektoratet, 2010).

Kreftsykdom kan være svært alvorlig og mange opplever psykiske symptomer og angst (Loge et al. 2013). Det kan være vanskelig å skille fatigue/utmattelse fra psykiske symptomer. Fatigue kan også være symptom på tilbakefall. Kronisk trøtthetsfølelse kan imidlertid være diffust, og kan ikke nødvendigvis knyttes til spesifikke mekanismer. Fatigue kan dermed forbli "uforklart" (Loge, 2008 i Loge et al., 2013). Nedenfor drøfte vi en del ulike seneffekter noe nærmere.

Psykiske reaksjoner

Fra tidspunktet diagnosen stilles og videre frem i sykdomsforløpet opplever mange pasienter en følelsesmessig «berg og dalbane». De kan oppleve håp og angst, glede og tristhet, ro og uro, glad og lettet etter behandling, samt forvirring og frykt for livet fremover, og for tilbakefall.

⁵ Arbeidsgruppen ble ledet av professor Sophie D. Fosså ved Nasjonal kompetansesenter for seneffekter etter kreftbehandling. Gruppen har laget en innstilling til hvilke grupper kreftpasienter som har fått behandling som fører til at de vil trenge systematisk oppfølging for å fange opp og behandle seneffekter (Helsedirektoratet, 2010).

Noen opplever å kunne starte opp igjen med hverdagene og ha det godt i en lengre periode, for så plutselig å gjenoppleve de samme tankene og følelsene som man hadde under sykdomsforløpet. For noen vil det å komme tilbake på jobb bidra til å normalisere situasjonen og motvirke eventuelle psykiske reaksjoner. Andre kreftrammede retter imidlertid all oppmerksomhet mot familie og de nære ting. Det å delta i arbeidslivet oppleves som en ekstra belastning. Tilrettelegging og støtte fra arbeidsgiver og kollegaer kan imidlertid motvirke dette.

Om de fysiske utfordringene blir langvarige og går over til en psykisk lidelse, vil dette medføre nedsatt arbeidsevne. Men ikke alle kreftrammede har slike tilleggseffekter. Kreftoverlevende har heller ikke høyere forekomst av depresjonslidelse enn den øvrige befolkningen (se Loge 2008, i Loge et al., 2013).

Fatigue/utmattelse

Selv om 75 prosent av kreftpasientene har lav risiko for å utvikle alvorlige seneffekter, er det mange som får ikke-dødelige effekter som kan prege hverdagen og bidra til at de har behov for tilrettelegging på arbeidsplassen. Fatigue eller "økt tretthet" er en svært utbredt seneffekt av kreftsykdom og behandling, men er ikke en egen diagnose (Loge et al., 2013, side 115). Ofte er fatigue i forbindelse med kreftsykdom og behandling akutt, og vil avta eller reduseres etter fullført behandling.

Studier har vist at ulike former for cellegift, immunterapi og andre intensive behandlingsformer kan føre til fatigue. Kreftrammede kan oppleve psykisk ubehag, dårligere konsentrasjonsevne enn før, søvnproblemer, nedstemthet og annet ubehag som kan få konsekvenser for allmenntilstanden og arbeidsevnen. For noen pasienter vil akutt fatigue utvikle seg til å bli en kronisk seneffekt.

Studier har vist at kronisk fatigue er mer utbredt hos brystkreftpasienter som har gått gjennom omfattende behandling (kirurgi, cellegift, stråling og hormonbehandling) enn for eksempel hos grupper av lymfekreftpasienter som ikke har hatt like radikal behandling (Loge et al., 2013, side 117). Fatigue er likevel rapportert som en av de hyppigste og mest plagsomme symptomer for kreftpasienter generelt, og erfares av kreftpasienter i alle stadier av sykdommen (Knobel, 2008).

Det er mulig å forebygge fatigue hos kreftrammede ved å tilpasse krav i hverdagen, regelmessig trening/aktivitet og hvile. For å unngå en ond sirkel er det viktig å finne en balanse mellom ytelse og hvile (Loge et al., 2013). Regelmessige pauser i arbeidet, muligheter til å jobbe begrenset, hjemmekontor og fleksibilitet kan være tilpasninger som den enkelte kan gjøre i samarbeid med arbeidsgiver for å redusere effekten av kronisk fatigue/trøtthet.

I tillegg til fatigue er det mange kreftrammede som opplever fysiske og psykiske plager selv om de er erklært friske. En utfordring kan være at plagene ofte ikke blir definert som konsekvenser av kreftsykdommen, men som en "ny sykdom". Siden fatigue ikke er en egen diagnose blir det funksjonssvikt på en rekke områder, kan derfor bli et skjønsspørsmål for både arbeidsgiver og NAV-veileder.

Fysiske skader/utfordringer

Avhengig av kreftdiagnose og behandling kan ferdigbehandlede kreftrammede ha rekke seneffekter av mer fysisk art. En del kan få nerveskade (polyneuropati) som kan oppleves som prikking, brenning, følelsesløshet i fingrer og tær. Noen kan også få nedsatt muskelkraft og bevegelighet, blant annet på grunn av lymfødem⁶. Andre utfordringer kan være hetetokter, urinveisproblemer, diaré og forstoppelse. En del kan også få munn- og tannproblemer, manglende eller nedsatt smaksfunksjon. Noen opplever i tillegg utfordringer i seksuallivet og fertilitet.

Mulighet for spredning

Kreft er sykdommer med ukontrollert cellevekst. Over tid vil en kreftsykdom kunne spre seg videre, enten ved å vokse inn i naboorganer eller ved å spre seg til fjerntliggende organer via blodet (metastasering). Det oppstår da en lokal svulst, ofte langt unna den opprinnelige svulsten. Det er tendensen til spredning og ukontrollert vekst av svulstmasser som gjør at kreft så farlig.

En svensk studie viser at cellegiftbehandling økte risikoen for sykmelding hos kvinner med brystkreft (Johnsson et al., 2007). Brystkreftrammede har også større risiko for tilbakefall selv 10-15 år etter at de er erklært friske, sammenlignet med «normalbefolkningen».

Tilbakefall med spredning kan oppstå selv om primærsvulsten tilsynelatende lot seg fjerne fullstendig og det på diagnosetidspunktet ikke var tegn til spredning. Frykten for spredning er årsaken til at alle kreftpasienter går til regelmessig kontroll, selv om de er erklært kreftfri. Ofte går de til kontroll 2-4 ganger i året. Som regel slutter den rutinemessige oppfølgingen etter at den kreftrammede har vært kreftfri i fem år.

2.3 Bistand/samhandling med aktører under et behandlings- og oppfølgingsløp

2.3.1 Sykehus/behandlingsapparatet

Kreftkirurgien gis primært ved noen få store sykehus, mens cellegift og oppfølging også gjøres ved de fleste mindre sykehusene. Mange kreftpasienter må dermed reise langt under deler av behandlingsløpet. For de som både får behandling med cellegift og strålebehandling kan dermed behandlingen medføre mye reising eller eventuelt lange opphold hjemmefra. I den grad en kan jobbe ved siden av disse behandlingsformene vil det være vanskeligere om en i tillegg må reise langt til og fra sykehuset.

⁶ Lymfødem er hevelser og væskeansamlinger som oppstår fordi drenasjen fra lymfene reduseres. Dette kan oppstå når lymfeknuter opereres bort, eller når det gis strålebehandling på områder hvor lymfeknuter er samlet. Lymfødem oppstår oftest i armer og ben, men kan også oppstå i andre deler av kroppen. Lymfødem er en kronisk lidelse og kan gi store funksjonsendringer.

Kreftkoordinatorer i spesialisthelsetjenesten

Kreftkoordinatorer på sykehus jobber på tvers av klinikkene og deltar i multidisiplinære team. De har kontakt med kreftkoordinator i kommunene, fastleger og andre sykehus/avdelinger hvor kreftpasienter har en del av sitt behandlingsforløp. Kreftkoordinator skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som er planlagt, rettigheter og ventetider. Videre skal kreftkoordinatorerne sikre samordning av tjenestene, holde seg orientert og ha oversikt over handlingsplan, behandlingsforløp og pasientforløp. En annen viktig oppgave er å sikre gode rutiner for samarbeid og samhandling for pasienter og pårørende.

2.3.2 Fastlegen

Tradisjonelt har fastlegene vært mest involvert i kreftpasienters sykdomsforløp frem til diagnosetidspunktet, da spesialisttjenesten tar over. De senere årene har imidlertid fastlegen i økende grad overtatt oppfølgingen av enkelte grupper kreftpasienter etter at de er primærbehandlet på sykehus. Etter at pasienten er ferdigbehandling av spesialisthelsetjenesten er det fastlegen som følger opp (i tillegg til ev. rutinekontroller på sykehus).

2.3.3 Kommunen

Alle kommuner har tilbud om hjemmesykepleie, hjemmehjelp og fysioterapi. Andre tjenester fra kommunen kan være vaktmestertjeneste, avlastning, tilbud om støttekontakt og så videre. Med samhandlingsreformen fikk kommunene et økt ansvar for helsetjenestene til innbyggerne.

Et av målene har vært å tilby flest mulig tjenester nærmest mulig brukeren. En utfordring for mange kreftsyke er at behandlingen foregår over lang tid og langt unna bostedet deres. Dermed må mange være borte hjemmefra over lengre perioder. Det ligger altså et stort potensiale å lette arbeidstilknytningen dersom kommuner på sikt kan tilby enkelte typer behandling lokalt, for eksempel noen typer cellegiftbehandling.

Kreftpasienter har ofte mange ulike behov, og kan oppleve at det er vanskelig å finne fram i det kommunale tilbudet. Det er vanlig å ha sterkere bånd til sykehuset der en har fått behandling, enn til den kommunale helsetjenesten. For å gjøre det enklere for kreftpasientene skal alle kommuner utarbeide en egen kreftplan. Om lag halvparten har også ansatt kreftkoordinatorer som skal bidra til å hjelpe de kreftsyke til å finne fram i kommunale tilbud.

Kommunens kreftplan

I NOU 1997 *Norsk kreftplan* og i NOU 1999:2 *Livshjelp* ble det foreslått at alle kommuner skulle utarbeide en plan for å sikre kreftsykes behov i livets slutfase. Det er nå lovpålagt å ha en slik plan. Den palliative behandlingen skulle forbedres gjennom tydeligere planer for arbeidet på tvers av forskjellige deler av kommunen. Kreftplanene fungerer i dag som koordinerende planer for alle deler av krefttilbudet i kommunen, og er ofte utarbeidet av flere kommuner i fellesskap.

De kommunale kreftplanene setter mål og definerer tiltak for kommunens arbeid med kreft, og tar for seg de forskjellige delene av det kommunale støtteapparatet.

I stor grad betyr dette behandlingstilbud for personer som er i palliativ/lindrende behandling eller som har større behov, men de tar også for seg behovene til pårørende og arbeid med forebygging. Kreftplanen kan ta for seg mulighetene for samarbeid med andre aktører som for eksempel frivillige organisasjoner som Kreftforeningen.

Kreftsykepleier

De fleste kommunene har egne kreftsykepleier eller psykiatrisk sykepleier som kan bistå i behandlingen og oppfølgingen i etterkant av en behandling. De kan også ha f.eks. regelmessig støttesamtaler med den kreftrammede og vedkommedes familie.

Ergoterapeut

Ergoterapeut er et kommunalt tilbud som skal bidra til tilrettelegging i hjemmet og hverdagen. De kan også veilede på arbeidsplassen og skole om tilrettelegging og hjelpemidler. Vedkommende vil også være den som håndtere eventuelle søknader om hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentraler.

Kreftkoordinatorer i kommunen

Kreftkoordinatorer ble til som et forsøksprosjekt finansiert av Kreftforeningen i 2012. Målet med kreftkoordinatorer er å gjøre det enklere å finne fram i det kommunale tilbudet som kan bli ganske omfattende for mange å sette seg inn i. Kreftforeningen finansierer i dag kreftkoordinatorer i omlag halvparten av landets kommuner. Koordinatorer kan ha ulik bakgrunn, men er ofte sykepleiere/kreftsykepleiere.

2.3.4 Rehabiliteringsinstitusjoner

En rekke rehabiliteringsinstitusjoner - finansiert av sykehusene, NAV eller av bruker selv – tilby tjenester ovenfor pasienter etter en kreftbehandling. Rehabilitering kan omfatte både opptrening av fysiske og kognitive funksjoner og ferdigheter, psykisk mestring og sosial tilpasning (for eksempel i forhold til skole og yrkesliv). Mål for rehabiliteringsprosessen utvikles av den enkelte pasient med bistand fra fagpersoner. Det tilbys både opphold på dagtid og døgnopphold (ofte rundt en måned). En del av tilbudet som er aktuelle for kreftrammede er finansiert av midler fra «Raskere tilbake⁷».

2.3.5 Vardesentrene

Vardesentrene er et samarbeid mellom helseforetakene og Kreftforeningen. De er i dag plassert på syv sykehus og fungerer som møteplasser for kreftsyke og pårørende. Ved Vardesentrene finnes det aktiviteter som skal fremme livskvalitet og mestring. Sentrene er åpne for alle som har (eller har hatt) kreft og deres pårørende. Bemanningen ved sentrene er både ansatte i helseforetakene og

⁷ «Raskere tilbake» er tilbud om arbeidsrettede tiltak til sykmeldte for å hindre unødig langvarig sykefravær. Det finnes Raskere tilbake-tiltak i alle fylker, men innholdet i tiltakene kan variere noe. Både NAV og spesialisthelsetjenesten finansierer slike tiltak.

frivillige fra Kreftforeningen og pasientforeninger. Sentralt er også likepersoner, frivillige som selv har eller har hatt kreft og som dermed kan dele erfaringer med personer i samme situasjon. Vardesentrene skal være et supplement til det sykehusenes oppfølging og kunne gi mer informasjon og kurs i en vanskelig fase.

2.3.6 Kreftforeningen

Kreftforeningen er en landsdekkende frivillig organisasjon med 114 266 medlemmer som arbeider mot kreft og virkningene av sykdommen. Foreningen støtter kreftforskning, og driver forebygging og politisk påvirkning, i tillegg til omsorgsarbeid for kreftsyke. Kreftforeningen finansierer Kreftkoordinatorerne i tillegg til deler av vardesentrene. De har også en økonomisk støtteordning som kreftpasienter kan søke på.⁸

2.3.7 Pasientforeninger

I tillegg til Kreftforeningen finnes det 13 pasientforeninger som samarbeider med Kreftforeningen. Pasientforeningene organiserer kreftrammede og deres pårørende og fungerer som møteplasser for medlemmene. Foreningene ivaretar også medlemmenes interesser gjennom politisk påvirkning. Mens 11 av pasientforeningene er basert på krefttype er det også en barnekreftforening og en ungdomsgruppe. En sentral del av arbeidet til pasientforeningene er likepersonsarbeidet som blant annet foregår på Vardesentrene.

2.4 Sosioøkonomiske og demografiske faktorer

En forskergruppe som arbeider spesielt med seneffekter etter kreftsykdom har undersøkt betydningen av kliniske og sosio-demografiske faktorer for sykefraværet til 1115 kreftoverlevende fem år etter kreftdiagnosen. De fant at begge typer faktorer har betydning, men at sosio-demografiske faktorer forklarte mer av variasjonen i sykefraværet enn kliniske faktorer gjorde. Høy alder, lav utdanning, å være enslig med eller uten barn, arbeide i helse og sosialsektoren, samt sykefravær før diagnosetidspunktet har betydning for sykefraværet 5 år etter diagnosen (Torp et al. 2012).

Spørreundersøkelsen i Fafu-rapporten (Fløtten et al., 2008) viser at 30 prosent av de kreftrammede opplever at de har fått dårligere økonomi etter kreftdiagnosen. Kreftrammede med lav utdanning, enslige og enslige forsørgere, de som står utenfor arbeidslivet og som endrer sivilstatus etter diagnosen, rapporterer oftere dårlig økonomi enn andre grupper.

I studien til Gudbergsson et al. (2008) fra Rikshospitalet ble kreftpasienters levekår (inntekter og utgifter, boligstandard, boustgifter, utdanningsnivå, arbeid,

⁸ Kreftforeningen har en egen støtteordning for personer som har kreft eller omfattende seneffekter etter kreftbehandling. Totalt deler foreningen ut fem millioner kroner i enkeltbidrag på mellom 3 000 og 20 000. Støtten skal være en hjelp i en vanskelig økonomisk situasjon, til å hjelpe til med utgifter som ikke dekkes av det offentlige, eller til velferdstiltak for familien. Støtten utbetales som et engangsbetrag. <https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/okonomisk-stotte-fra-kreftforeningen/>

helsetilstand og sosial deltagelse) sammenlignet med levekårene til en kontrollgruppe (utvalg fra generelle befolkningen uten kreft). Forskerne fant ingen forskjeller i levekår mellom de kreftrammede og kontrollgruppen, med unntak av at kreftrammede menn hadde dårligere helse. Denne studien så kun på kreftrammede som hadde god prognose og hvor de fleste var tilbake i arbeid. Ifølge forskerne bekrefter funnene "beskyttelseshypotesen": Å være i arbeid beskytter mot dårlige levekår.

I Fafos intervjuundersøkelse var nesten alle informantene bekymret for økonomien (Grønningssæter et al., 2007). Andre norske studier av brystkreft-rammede har vist at kreftsykdom har negativ effekt på inntekt så mye som 13 år etter diagnosetidspunktet. (Šaltytė Benth et al., 2014). Høyt utdannede pasienter bruker i større grad spesialister og sentralisert kreftbehandling enn kreftrammede med lav utdanning, og dette kan utfallet av kreftsykdom (Fiva et al., 2013).

Utdanning og økonomi

Mennesker med høy utdanning er generelt friskere enn mennesker med lav utdanning (Kravdal, 1999).⁹ Norske studier har vist at høyt utdannede kreftpasienter lever om lag halvannet år lengre enn pasienter med lav utdanning, selv om man kontrollerer for faktorer som stadium av kreftsykdommen på diagnosetidspunkt, krefttype og alder. Syse et al. (2008) fant at tidligere kreftpasienter med lav utdanning har økt sannsynlighet for å ikke være i arbeid.

Fysiske yrker gir mindre sannsynlighet for retur til arbeidslivet

En finsk studie har vist at sannsynligheten for retur til arbeidslivet er mindre i serviceyrker og fysisk yrker som jordbruk, fiske, transport eller fabrikkarbeid enn i andre deler av arbeidslivet (Taskila, 2007). Funnene tyder på at det kan være krevende for kreftrammede å komme tilbake i yrker hvor det er stor fysisk belastning.

Kjønn

I en norsk studie om arbeidsevnen til kreftpasienter med god prognose, rapporterer de mannlige pasientene like god arbeidsevne som kontrollpersonene (kreftfrie), mens kvinnene oppgir langt dårligere arbeidsevne enn kontrollgruppen. Det var ingen kjønnsforskjell i arbeidsevne hos kontrollpersonene. Etter kreftbehandlingen kom 87 prosent av mennene og 80 prosent av kvinnene tilbake i arbeid (se Gudbergsson, 2008; Gudbergsson et al., 2011).

Det er et åpent spørsmål hvorfor så mange flere av de kvinnelige kreftoverlevende oppgir dårligere arbeidsevne enn menn. Det er kjent at flere norske og internasjonale studier viser at vanlige psykiske lidelser (angst, depresjoner og andre) oftere rammer kvinner enn menn. Kvinner trenger ofte lengre tid på å rehabiliteres etter sykdom (Ose et al., 2013).

Kognitiv terapi og fysisk aktivitet som rehabiliteringstiltak har vist seg å øke livskvaliteten til brystkreft-rammede kvinner (Helsedirektoratet, 2010) En rekke internasjonale studier har også vist at kvinner i større grad enn menn både

⁹ Brystkreft blant kvinner under 75 år rammer imidlertid i større grad kvinner med høy utdanning.

etterlyser og får mer praktisk støtte fra bedriftshelsetjenester (se for eksempel Taskila et al., 2006).

Andre omfattende studier har vist at for kvinner er svak støtte fra overordnede og fra det offentlige støtteapparatet innenfor arbeid og helse øker risikoen for å endre arbeidsgiver (Lindbohm et al., 2011).

2.5 Faktorer knyttet til arbeidsplassen og tilrettelegging

Studier fra Norge og Danmark har vist at 80-90 prosent av kreftrammede i arbeidsfør alder er tilbake i arbeid etter kreftbehandlingen (de Boer et al., 2009; Gudbergsson et al., 2006; Gudbergsson et al., 2008, Syse et al., 2008). En svensk studie av yngre brystkreftpasienter (før overgangsalder) som har vært behandlet for kreft i en tidlig fase (hormonterapi) fant at 84 prosent av kvinnene kom tilbake i arbeid etter 24 måneder. Selv om mange kommer tilbake til arbeid, er det imidlertid vanlig å oppleve redusert arbeidskapasitet, både på grunn av fysiske og mentale utfordringer (Johnsson et al., 2007).

Som vi har vært inne på tidligere er ikke bare kjønn, men også utdanning og dimensjoner ved yrkene vesentlige faktorer for å forstå sykefravær og frafall fra arbeidslivet for kreftrammede. Ifølge forskere ved Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter behandling av kreft ved Radiumhospitalet mangler vi kunnskap om yrkets betydning for å komme tilbake til arbeid (se Gudbergsson og Dahl, 2008).

Forskningen viser at de fleste kreftoverlevende i arbeidsfør alder er i stand til å returnere til arbeid, selv om en betydelig andel rapporterer om redusert arbeids-evne. Lengden på sykefravær varierer mye ut fra hva slags kreftdiagnose de har og mellom land, ettersom det er store nasjonale forskjeller i hvilke støtte-ordninger som finnes.

Kennedy et al., (2007) har gjennomført en eksplorativ studie med sikte på å avdekke hvilke forhold som spiller inn for beslutningen om å gå tilbake til arbeidet eller ikke. Forskerne fremhever at for noen kreftrammede er retur til arbeid ikke et resultat av en bevisst overveielse, men noe de bare gjorde. Andre følte seg klare for å jobbe igjen, noen gikk tilbake til arbeidet på grunn av en presset økonomisk situasjon, mens andre igjen gikk tilbake til arbeidet for å gjenopprette en form for normalitet.

Fafo-rapporten *Kreftrammedes levekår – om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte* bygger på spørreundersøkelser og registerdata, samt kvalitative intervjuer med 18 voksne kreftpasienter (Fløtten et al., 2008).¹⁰ Både survey- og registeranalysene i denne rapporten viser store forskjeller mellom kreftrammede når det gjelder sysselsetting. Kreftrammede som får spredning og/eller får flere typer av behandling og/eller rammes av samsykdommer faller oftere ut av arbeidslivet eller reduserer arbeidstiden enn andre.

¹⁰ Fafo har laget en tilleggsrapport ut fra intervjumaterialet (se Grønningssæter et al., 2007)

Sykdomsrelaterte faktorer som har særlig stor betydning for om man har endret arbeidssituasjonen, er det å ha konstatert spredning, å ha fått cellegiftbehandling, å ha gjennomgått flere typer behandling, samt det å ha mange andre sykdommer i tillegg til kreftsykdommen. Andre studier har vist at lengre sykefravær etter kreftbehandling har sammenheng med kombinasjoner av behandling, manglende støtte fra ledere og redusert arbeidskapasitet (Gudbergsson et al., 2011).¹¹

I en norsk studie av kreftpasienters behov for rehabiliteringstjenester etter kreftsykdom rapporterte 40 prosent av pasientene at de ikke fikk dekket sine behov for rehabilitering etter kreftsykdom (Thorsen et al., 2011). De fleste av deltakerne i studien var kvinner (70 prosent) og brystkreftpasientene rapporterte oftere enn andre kreftpasienter at de hadde behov for fysioterapi og støttegrupper. Når pasienter opplever manglende tilbud om rehabilitering som nødvendig fysioterapi, psykologisk rådgivning, fysisk opptrening mv. kan dette få konsekvenser for arbeidsevne og arbeidsgivers muligheter for å øke nærvær på arbeidsplassen. Mangel på gode tilrettelegginger kan på sin side føre til at kreftrammede endrer arbeidssituasjonen.

Gjennom case-studier som er gjennomført for å finne ut hva som bidrar til at sykmeldte kommer tilbake i arbeid, har Gudbergsson et al., (2012), funnet at fysisk aktivitet og bevisstgjøring av egne tankemønstre har effekt. I studien ble ikke mulige tiltak fra arbeidsgiver eller støtteapparats side tematisert. Resultatene viste at mange kreftrammede trenger lang tid for å komme seg tilbake til "livet" etter at de er kreftfrie.

Fafos intervjustudie med kreftrammede viser at veien tilbake til arbeidslivet kan være komplisert (Grønningssæter et al., 2007). De kreftrammede som deltok i studien har kritiske synspunkter på manglende oppfølging og tilrettelegging både fra NAV og arbeidsgiver. En tredjedel av informantene mener at de hadde hatt behov for tilpasninger som ikke er gjennomført. En generell erfaring blant de kreftrammede i undersøkelsen er at det skjer lite tilrettelegging av arbeidssituasjonen, bortsett fra å redusere arbeidstiden.

Funnene tyder på at det offentlige hjelpeapparatet i liten grad har engasjert seg i hvordan arbeidsplassen og stillingen generelt kan tilpasses den enkeltes behov (Grønningssæter et al., 2007). Fløtten et al. (2008) spør om det kan ha en forebyggende effekt å gi den enkelte mer tid på gradvis å nærme seg arbeidslivet igjen enn det sykepengeperioden tillater (s. 54).

Støtte fra leder og arbeidsmiljøet

I en norsk studie undersøkte forskere ved Rikshospitalet (Torp et al. 2011) kreft-overleveres opplevelser av kreftrelatert sosial støtte på arbeidsplassen. Studien viste at endring i jobbsituasjon/oppgaver var mest utbredt blant kreftoverleverere i manuelle yrker og/eller høye psykologiske jobbkrav på diagnosetidspunktet.

Sosial og emosjonell støtte på arbeidsplassen har positiv effekt på velvære og produktivitet i arbeidet (Taskila et al., 2006). En sammenlignende studie av norske og finske kvinnelige overleverere etter brystkreft har vist at de norske

¹¹ Studien var basert på spørreskjema. 78 prosent av respondentene i studien var kvinner og 16 prosent av dem hadde brystkreft eller gynekologisk kreft.

arbeidstakere rapporterer mer støtte på arbeidsplassen enn de finske (Gudbergsson et al., (2008b)¹².

I Fafo-undersøkelsen av kreftrammede og levekår fra 2008 rapporterte majoriteten av de 1122 respondentene at leder hadde holdt kontakt med dem i sykmeldingsperioden og vist medfølelse og forståelse for situasjonen (Fløtten et al., 2008, s. 47). Selv om de fleste kreftrammede opplevde at de fikk oppfølging og støtte fra arbeidsgiver, var det hele 20 prosent av de spurte som rapporterte liten eller manglende oppfølging og kontakt med arbeidsgiver i tiden de var sykmeldt (Fløtten et al., 2008).

Torp et al., (2011) fant at 77 prosent av de kreftrammede som fant spørsmålet relevant for sin arbeidssituasjon, rapporterte at leder holdt kontakt med dem mens de var sykmeldt. 84 prosent oppfattet leder som støttende og forståelsesfull, men kun 64 prosent av respondentene rapporterte at leder hadde tatt kreftsykdommen inn i beregningen i planleggingen av vedkommendes arbeidsoppgaver når de skulle tilbake til jobben (side 37).

Resultatene viste også at kollegaers støtte er vanligere enn leders støtte og forståelse, og at kvinner i større grad enn menn rapporterer at de opplever støtte og forståelse fra kollegaer. De kreftoverlevende som hadde opplevd sjefen og kollegaene som støttende, forandret i mindre grad jobbsituasjonen sin. De fant ingen sammenheng mellom endring i arbeidsoppgaver på den ene siden og alder, kjønn og familiestatus på den andre, men kreftoverlevende med mindre enn tolv års utdanning endret jobb i større grad enn de med mer utdanning. Resultatene viste ingen sammenheng mellom kreftsykdom og sektor, dvs det spilte ingen rolle om vedkommende var ansatt i privat eller offentlig sektor, men selvstendig næringsdrivende gjorde oftere endringer eller sluttet i jobben enn de andre gruppene. Graden av psykisk og fysisk arbeidsbelastning spilte også en rolle (Torp et al., 2011)

Behov for tilrettelegging

Studier har vist at jo mer støttende arbeidsmiljøet er og jo større muligheter for tilpasninger av arbeidet, desto større er sannsynligheten for at kreftoverlevende kommer tilbake i jobb (Kennedy, Haslam og Pryce, 2006). En amerikansk studie av overlevende av brystkreft (Bouknight et al., 2006) har vist at mer enn 80% av kvinnene returnerer til arbeidet etter behandling, og at tilrettelegging på arbeidsplassen spilte en viktig rolle for tilbakekomsten. Dersom den kreftoverlevende følte seg diskriminert av arbeidsgiveren sin, var det mindre sannsynlighet for at vedkommende kom tilbake til jobben.

De amerikanske forskerne konkluderer med at kreftoverlevende ønsker å komme tilbake til jobb dersom de føler seg trygge på at arbeidsmiljøet vil bistå dem i å tilpasse seg utfordringene de har på grunn av sykdommen. Å vende tilbake til jobb er viktig for å komme ut av kreftpasientrollen (Bouknight et al., 2006). Amir et al. (2008) finner i en intervjustudie av britiske kreftpasienter at mange kjedet seg og ville tilbake til jobb for å holde tankene borte fra sykdommen (se også Ose et al. 2013, s. 59).

I en omfattende tysk studie fant van Muijen et al., (2013) at dersom kreftrammede ikke har liten innflytelse over tilbakeføringen til arbeidet øker risikoen for å falle ut av arbeidslivet. Denne studien fokuserte primært på helsepersonellens rolle i å oppmuntre og veilede kreftpasienter, men funnene tyder på at når både arbeidstaker og arbeidsgiver deler ansvaret og går sammen for å finne en løsning, hever det arbeidstakers muligheter for å returnere til arbeidslivet. Ut fra de overnevnte studiene er det rimelig å anta at arbeidstakers innflytelse i prosessene med tilrettelegging og tilbakeføring til arbeidslivet er en nøkkelfaktor for å oppnå en målsetting med retur og økt deltakelse.

Nederlandske forskere har evaluert effekten en sykehusbasert arbeidsstøtteintervensjon som innebar pasientopplæring og psykologisk støtte på sykehuset, bedre kommunikasjon mellom behandlende lege og bedriftshelsetjenesten og møter mellom pasienten og leder hvor de sammen laget en plan for gradvis tilbakekomst til arbeid (Tamminga, 2012). Resultatene har vist at de tiltakene som fungerer best for å øke sannsynligheten for at kreftrammede blir i arbeid, blant annet er at intervensjonen er tverrfaglig, at den kommer tidlig og at den er individuelt tilpasset avhengig av både individets behov og situasjonen på arbeidsplassen. Funnene viser at jo lenger sykefravær, jo vanskeligere eller mindre sannsynlig er det å komme tilbake til jobb. Det lønner seg med gradvis tilbakekomst, for eksempel gjennom gradert sykmelding. Forskerne vektlegger nødvendigheten av åpenhet om kreftsykdommen og redusert stigma på arbeidsplassen, samt støtte til den kreftrammede arbeidstakeren.

Amir et al. (2010) intervjuet britiske ledere om kreftrammedes retur til arbeidslivet og fant at selv om ledere ofte er positive til at den kreftrammede kommer tilbake i jobb, kan de være usikre på om de tåler arbeidsbelastningen. I denne studien er kvinnelige ledere mer positivt innstilt enn mannlige ledere.

En rekke andre studier har vist at det er svært viktig at arbeidsgivere tar hensyn til den ansattes sykdom når de planlegger innfasing og arbeidsoppgaver for den som har vært sykmeldt (se for eksempel Taskila et al., 2006). Vi mangler imidlertid norske studier om hvilken rolle arbeidsgivers holdning og oppfølging spiller for hvordan den kreftoverlevende håndterer tilbakevendingen til arbeidslivet.

3 Sykepenge- og oppfølgingsregime

Nedenfor beskriver vi regelverket for sykepenger, arbeidsgivers kostnader ved sykefravær, samt ulike former for sykmelding. Vi ser også nærmere på NAVs sitt ansvar og rolle i oppfølgingen av sykmeldte.

3.1 Regelverk for sykepenger

For å få sykepenger må den ansatte ha vært i arbeid i minst fire uker umiddelbart før han/hun ble arbeidsufør. De første 16 dagene av sykmeldingen er det arbeidsgivers ansvar å utbetale sykepenger (Arbeidsgiverperioden). For fravær utover egenmeldingsdagene kreves en sykmelding fra lege, med mindre annet er avtalt med arbeidsgiver. Ved utløp av arbeidsgiverperioden overtar staten ved NAV ansvaret for sykepengene (og det må uansett leveres sykmelding fra lege).

Antall egenmeldingsdager er regulert i folketrygdloven. Arbeidsgiver kan imidlertid velge å ha egne regler i arbeidsgiverperioden – f.eks. flere egenmeldingsdager, lengre sammenhengende egenmeldingsperiode o.l.

Ansatte i IA-virksomheter¹³ har 24 egenmeldingsdager i løpet av 12 måneder. De ansatte kan benytte inntil åtte dager sammenhengende eller 24 dager enkeltvis. Ifølge SINTEF (2013) har 26 prosent av alle virksomheter i Norge inngått en lokal IA-avtale og avtalen dekker om lag 60 prosent av alle arbeidstakere i Norge. Alle statlige og kommunale virksomheter er IA-virksomheter, mens andelen kan være svært lav i deler av privat sektor, spesielt i små og mellomstore virksomheter¹⁴.

Ansatte i virksomheter som ikke er med i IA-ordningen har i utgangspunktet 12 egenmeldingsdager i løpet av 12 måneder. De kan ifølge folketrygdloven ikke tas ut enkeltvis, men kun i fire perioder på inntil tre dager. Er man fraværende på grunn av sykdom en enkelt dag så har man brukt én av de fire periodene.

3.2 Arbeidsgivers kostnader ved sykefravær

Ansattes sykefravær utgjør en direkte kostnad for arbeidsgiver. Hvor stor den er avhenger av sektor, eventuelle tariff- og/eller lokale avtaler, den ansattes lønnsnivå og hva som eventuelt avtales mellom arbeidsgiver og den sykmeldte i det enkelte sykefraværstilfellet. Nedenfor drøfter vi de viktigste aspektene ved arbeidsgivers kostnader.

¹³ IA-virksomhetene har inngått en samarbeidsavtale med NAV Arbeidslivssentrene. En slik virksomhet får ekstra ressurser fra NAV til å arbeide med å nå målene i avtalen. De får en egen kontaktperson fra NAV Arbeidslivssenter som kan hjelpe virksomheten i gang med det systematiske IA-arbeidet, bistå i vanskelige enkeltsaker og bidra til å utløse økonomiske virkemidler. Virksomheten får i tillegg gratis bistand til å få på plass en systematikk bedriften er lovpålagt å ha, samt tilgang til gratis kurs i regi av NAV Arbeidslivssenteret. I tillegg kan de søke om *Forebyggings- og tilretteleggingsstilskudd* for å dekke utgifter i forbindelse med forebyggende tiltak for å forhindre sykemelding eller for å tilrettelegge ved sykdom og en viss *refusjon for utgifter til bedriftshelsetjenesten* i forbindelse med bistand til tilrettelegging.

¹⁴ 11 prosent av alle virksomheter i privat sektor med minst 2 ansatte (Proba-rapport 2013 – 11).

Arbeidsgiverperioden

De første 16 dagene av en sykemelding er det arbeidsgivers ansvar å utbetale sykepenger (arbeidsgiverperioden). De fleste sykemeldte får samme lønn som om de var på jobb, men ansatte på ulike akkord/bonusordninger kan ha en lavere kompensasjon.

Kompensasjonen fra NAV

Ved utløp av arbeidsgiverperioden overtar staten ved NAV ansvaret for sykepenege. Enten ved at NAV betaler direkte til den sykmeldte eller ved at arbeidsgiver utbetaler lønn, som blir refundert av NAV. Sykepengegrunnlaget utgjør som en hovedregel inntekten vedkommende hadde de siste fire ukene før vedkommende ble syk/skadet. Dersom vedkommende har varierende inntekt og/eller arbeidsperiode, skal et lengre tidsrom legges til grunn.

Ifølge folketrygdloven kan ikke det årlige sykepengegrunnlaget overstige 6G¹⁵, noe som høsten 2015 tilsvarer kroner 540 408 per år eller kroner 45 036 per måned. Dette beløpet dekkes av NAV. NAV dekker kun bruttolønn for inntil 248 dager, regnet 3 år tilbake. Er saldoen på null eller for eksempel redusert til 150 dager (fordi vedkommende har hatt ett eller flere lange sykemeldinger siste tre år), må arbeidstaker være arbeidsfør i nye 26 uker, før vedkommende på nytt har rett til 248 dager med sykepenger fra NAV.

Sykmeldte med lønn over 6G

Alle ansatte i offentlig sektor, samt en stor andel ansatte i privat sektor, har gjennom tariffavtaler, lokale avtaler og/eller individuelle avtaler (mellom den enkelte arbeidstaker og arbeidsgiver) fremforhandlet ulike kompensasjonsordninger for de som tjener over 6G. I offentlig sektor gir arbeidsgiver full lønnskompensasjon. Også en rekke private virksomheter har en tilsvarende ordning.

I privat sektor har imidlertid en rekke virksomheter ingen kompensasjon for arbeidstakere som tjener mer enn 6G. Andre kan velge å yte en viss kompensasjon – f. eks. opp til et gitt lønnstak, en prosentsats av forventet lønn, e.l. I virksomheter der bonus/utbytte inngår som en del av lønnsystemet kan virksomhetens resultat ha betydning for hvordan den sykmeldte faktisk blir kompensert over 6G. Arbeidsgiver kan også behandle de ansatte individuelt (ved f. eks. å håndtere kompensasjonsnivå over 6G som en del av en lønnsforhandling).

Pensjonsutgifter

Ved sykefravær dekker ikke NAV virksomhetens kostnader til tjenstepensjon. Alle som jobber i kommune/fylkeskommune, helseforetak, staten eller bedrift med offentlig tilknytning har egne pensjonsordninger, fremforhandlet i ulike tariffavtaler (offentlig tjenstepensjonsordning).

De aller fleste private arbeidsgivere har plikt til å ha tjenstepensjonsordning for sine ansatte (OTP-loven). Obligatorisk tjenstepensjon (OTP) må inneholde alderspensjon og innskudds-/premiefritak ved uførhet. Foretaket kan frivillig

¹⁵ Grunnbeløpet i folketrygden (forkortes G) benyttes som grunnlag for å beregne norske trygde- og pensjonsytelser. G oppdateres årlig i mai. 1G i 2015 er på 89 502,- kroner.

inkludere andre ytelser, som uførepensjon og etterlattepensjon. Ved innskuddsordning – som er den mest brukte ordningen i privat sektor - må minimum to prosent av lønnen settes i pensjonsfond.

Bedrifter kan imidlertid ha en langt bedre ordning enn minstekravet. Denne muligheten ble også utvidet i 2014. Hva slags tjenestepensjon bedriften har valgt, kan dermed gi store utslag for hva sykefraværet reelt koster virksomheten. Sistnevnte har også sammenheng med hvordan virksomheten velger å lønnskompensere den sykemeldte utover 6G.

Feriepenger

NAV dekker kun feriepenger for de første 48 sykepengedagene i opptjeningsåret. Fra 49-ende sykepengedag må arbeidsgiver dekke feriepengene. Feriepengesatsen er i utgangspunktet 10,2 prosent (ferieloven). Mange har imidlertid fremforhandlet en femte ferieuke, noe som gir en sats på 12 prosent for de under 60 år. For de over 60 år er feriepengesatsen da 14,3 prosent.

Arbeidsgiveravgift

Forskutterer arbeidsgiver lønnen under et sykefravær må arbeidsgiver også betale arbeidsgiveravgift. Avgiften er regionalt differensiert etter hvor arbeidsgiver er lokalisert. Satsen er fra 0 til 14,1 prosent. Eventuelle refunderte sykepenger fra NAV fører til fradrag i grunnlaget for samlet arbeidsgiveravgift, hvilket betyr at arbeidsgiver ikke betaler arbeidsgiveravgift hvis bruttolønnen er under 6G (bortsett fra i arbeidsgiverperioden).

3.3 Sykmeldt over ett år (248 dager)

Når sykepengerne fra NAV har oppført etter ett år kan de sykmeldte ha rett til annen inntektssikring fra NAV. Det er ingen automatikk i dette – den sykmeldte må selv søke om en ytelse. Det vanligste er at de får arbeidsavklaringspenger (AAP) som skal sikre inntekt under medisinsk behandling, arbeidsrettet aktivitet eller annen bistand fra NAV. Hvis den sykemeldte kommer tilbake i jobb vil det gå et halvt år før vedkommende igjen kan få sykepenger fra det offentlige.

Arbeidstaker som helt eller delvis er sykmeldt på grunn av ulykke eller sykdom kan ikke sies opp på grunn av sykefravær de første 12 månedene etter at arbeidsuførheten inntrådte. Forbudet gjelder kun oppsigelse som skyldes sykefraværet. Det er arbeidsgiver som har bevisbyrden.

Når verneperioden er over har arbeidsgiver adgang til å vurdere oppsigelse. Det er imidlertid ingen automatikk i at den ansatte sies opp på grunn av sykefravær når verneperioden er over. Spørsmålet er om bedriften har saklig grunn til å avslutte arbeidsforholdet. Det er arbeidsgiver som må dokumentere at de har saklig grunn ved å gjøre vurderinger om prognosen for fremtidig fravær, arbeidsgivers oppfyllelse av tilretteleggings- og omplasseringsplikten, den sykmeldes oppfyllelse av sine plikter, arbeidsgivers saksbehandling (oppfølgingsplan, innkalle og delta i dialogmøter), tap og ulempe for arbeidsplassen og hvilke type stilling den sykmeldte har.

Mange steder, særlig i offentlig sektor, er det praksis for å innvilge permisjon uten lønn i ytterligere ett år for sykeperiode etter sykkelønnsperiodens utløp, dvs til sammen to år. Mange kreftpasienter opplever dermed at en eventuell oppsigelse først kommer i år tre av sykefraværet.

3.4 Økonomisk tap for den sykmeldte

Som vi har drøftet overfor vil den økonomiske konsekvensen for den sykmeldte av en sykmelding - den første året – variere; avhengig av om vedkommende er ansatt i en virksomheten med full lønnskompensasjon (alle offentlige virksomheter, samt en del private), med delvis lønnskompensasjon eller om vedkommende kun mottar sykepenger direkte fra NAV (maksimalt 6G).

Etter at sykepengeperioden fra NAV er over (248 dager) må den sykmeldte selv søke om en livsoppholdsytelse fra NAV (som regel AAP). I motsetning til sykepenger dekker AAP kun 2/3 av lønnen til arbeidstakeren, eventuelt 2/3 av 6G om lønnen er høyere. Det er uvanlig at arbeidsgiver gir en lønnskompensasjon til den sykemeldtes i år to av en sykmelding, selv om det er fulgt mulig. Det kan imidlertid hende at frynsegoder som f.eks. firmabil, gunstige lånebetingelser mv. blir videreført frem til vedkommende eventuelt blir sagt opp/slutter.

De aller fleste arbeidstakerne lider et betydelig økonomiske tap etter at sykepengeperioden fra NAV har opphørt etter ett år med sykmelding. Mange i privat sektor får imidlertid også et betydelig økonomiske tap fra dag 17 av sykefraværet. Ansatte med bonus/akkordlønn kan få et økonomisk tap fra dag 1 av sykefraværet (arbeidsgiverperioden).

3.5 Ulike former for sykmelding

I sykepengeregelverket heter det at sykmelder alltid skal vurdere arbeidstakers mulighet for å være helt eller delvis i jobb. Sykmelder kan benytte flere typer sykmelding.

100 prosent sykmelding

Er den sykmeldte 100 prosent arbeidsufør får vedkommende en 100 prosent sykmelding. Sykmelder skal imidlertid alltid vurdere om gradert sykmelding er mulig.

Gradert sykmelding

Gradert sykmelding er en kombinasjon av arbeid og sykepenger som kan benyttes når arbeidstakeren er delvis arbeidsufør¹⁶. Sykepengene kan graderes ned til 20 prosent. Perioden med graderte sykepenger medregnes i den totale sykepengeperiodens lengde.

Ved gradert sykmelding må arbeidsgiver og den sykmeldte samarbeide om å finne fram til en funksjonell og akseptabel arbeidsordning. De fleste delvis

¹⁶ <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/%C2%A7+8-6+Gradert+sykmelding.147690.cms>

sykmeldte vil med redusert arbeidstid kunne utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver eller nye oppgaver, eventuelt etter en tilrettelegging. Ordningen kan også brukes når arbeidstaker bruker lengre tid på å utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver, eventuelt nye oppgaver etter tilrettelegging, for eksempel der arbeidstakeren bruker hele dagen på å utføre 50 prosent av arbeidsoppgavene. Den praktiske gjennomføringen av en gradert sykmelding vil ofte være avhengig av i hvilken grad arbeidsgiver legger til rette for utprøving av arbeidsoppgaver når arbeidstaker er på jobb.

Når sykmelder benytter gradert sykmelding vil noen arbeidsgivere hevde at de har problemer med å tilpasse situasjonen på arbeidsplassen slik at den sykmeldte kan jobbe redusert tid. Det kan være tilfelle hvis det er turnus-/vaktordninger med krav om 100 prosent tilstedeværelse, eller mangel på alternative oppgaver. NAV kan imidlertid bistå arbeidsgivere som har et behov for hjelp til finne løsninger.

Arbeidsgiver blir kun kompensert fra NAV for den delen av graderingen som den sykmeldte er borte fra jobben. Hvis de må leie inn vikar i full stilling får arbeidsgiver ekstra utgifter ved å ha den sykmeldte i gradert stilling i tillegg. IA-virk-somhetene har imidlertid tilgang på forebyggings- og tilretteleggingstilskudd som vil kunne kompensere for utgifter knyttet til å få sykmeldte tilbake i jobb.

Enkeltstående behandlingsdager

Hvis en person har en behandlingsdag i uken, og behandlingen gjør det nødvendig at han/hun er fraværende fra arbeid denne dagen, kan vedkommende ha rett til sykepenger for enkeltstående behandlingsdager. For å unngå at sykepengeperioden løper slik den gjør med en gradert sykmelding, kan personen sykmeldes 100% på de enkeltdagene behandlingen gis¹⁷.

Avventende sykmelding

Avventende sykmelding er en melding om at sykmelding kan unngås dersom arbeidet tilrettelegges. Denne er aktuell i arbeidsgiverperioden (de første 16 dagene). Hvis det er mulig å få tilrettelagt arbeid, unngås sykmelding.

Reisetilskudd

Reisetilskudd kan gis til yrkesaktive som har behov for transport og som har ekstra transportutgifter til/fra arbeidsstedet på grunn av helseplager. Reisetilskudd gis i stedet for sykepenger fra folketrygden fra 17. sykedag. Legen attesterer på sykmeldingsblankettens at den sykmeldte ikke kan reise på vanlig måte til og fra arbeidsstedet pga sykdom eller skade, og at vedkommende ellers ville vært sykmeldt. Ved bruk av reisetilskudd forbrukes ikke sykepengedager.

¹⁷ Hvis for eksempel en pasient skal ha behandling en dag per uke og vedkommende sykmeldes 20% i 14 dager, forbrukes to uker av sykepengeperioden. Hvis vedkommende derimot sykmeldes enkeltdager, vil han/hun bare ha forbrukt to dager. Et behandlingsopplegg med to eller flere behandlingsdager i uken skal imidlertid ses på som en sammenhengende sykmeldingsperiode, og det gis graderte sykepenger.

3.6 Sykefraværsoppfølgingen

Oppfølgingsregimet for sykmeldte ble sist endret i 2014, som var en viss forenkling i forhold til regelendringene i 2011 når det gjaldt rapporteringskrav og sanksjoner. De sentrale aktørene er den sykmeldte selv, sykmelder, NAV og arbeidsgiver. På neste side følger en oversikt over tidsfrister, roller og oppgaver i forbindelse med et sykefravær:

Tidsfrister, roller og oppgaver	Egenmelding 1-3 dager For IA-virksomheter: 1-8 dager	Sykmelding > 4 uker	Sykmelding > 7 uker	Sykmelding > 8 uker	Sykmelding > 26 uker	Sykmelding > 1 år
Arbeidsgiver Har ansvar for tidligst mulig å legge til rette for at sykmeldt arbeidstaker kan være i aktivitet i virksomheten. Skal kunne dokumentere oppfølgingsarbeidet. Dokumentasjonen oppbevares i virksomheten.	Ha skjema for egenmelding. Ta kontakt med arbeidstaker ved fravær over flere dager.	Utarbeide oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker, med mindre det er åpenbart unødvendig. Sørge for at oppfølgingsplanen formidles til sykmelder senest ved 4 uker. Planen sendes til NAV ved behov for bistand fra NAV.	Ved 100 % sykmelding, avtale dialogmøte 1 med arbeidstaker, med mindre det er åpenbart unødvendig. Ved gradert sykmelding avholdes møtet bare hvis det er hensiktsmessig. Ved behov kan andre aktører, for eksempel sykmelder, bedriftshelsetjenesten, NAV og/eller tillitsvalgt/ verneombud delta. Arbeidstaker må samtykke dersom sykmelder innkalles.		Delta på dialogmøte 2 i regi av NAV. Du kan be NAV om et tidligere dialogmøte 2. Sende inn revidert oppfølgingsplan til NAV senest 1 uke før møtet.	Delta på dialogmøte 3 hvis du blir innkalt. Du kan selv be NAV om et dialog 3.
Arbeidstaker Skal samarbeide og medvirke aktivt til å finne løsninger for å komme tilbake i arbeid raskest mulig.	Gi beskjed til arbeidsgiver om fravær. Si fra om tidsperspektiv.	Delta i utarbeidelse og gjennomføring av oppfølgingsplan. Medvirke til å finne løsninger som bidrar til at du kan komme tilbake til arbeid, dersom dette er mulig.	Delta på dialogmøte på arbeidsplassen hvis ikke medisinske grunner forhindrer det. Si fra til arbeidsgiver hvis du ønsker at sykmelder og/eller andre støttespillere skal være med på møtet.	Hvis du ikke er i arbeidsrelatert aktivitet innen åtte uker, kreves en utvidet legeerklæring som dokumenterer at det er tungtveiende medisinske grunner som hindrer aktivitet.	Delta på dialogmøtet, med mindre det er medisinske grunner som forhindrer det. Du kan be NAV om et tidligere dialogmøte 2. Medvirke til å finne løsninger som gjør at du kan komme tilbake i arbeid raskest mulig.	Delta på dialogmøte 3 hvis du blir innkalt. Du kan selv be NAV om et dialogmøte 3. Før utløpet av sykepengeperioden (52 uker) bør du og eventuelt sykmelder vurdere om det er behov for bistand fra NAV. Det kan også være aktuelt å søke om arbeidsavklaringspenger.
Sykmelder Skal motivere til å være helt eller delvis i arbeid, hvis det er medisinsk forsvarlig.	Hvis det er nødvendig med fravær utover egenmeldingsperioden, må det skrives sykmelding. Løpende vurdere gradert sykmelding.	Fortløpende vurdere gradert (delvis) sykmelding. Motta oppfølgingsplan.	Delta på dialogmøtet hvis du blir innkalt. Gi beskjed dersom det foreligger ekstraordinære forhold ved din arbeidssituasjon som gjør at du ikke kan delta i møtet.	Hvis tungtveiende medisinske grunner hindrer at arbeidstakeren kan være i aktivitet, må du dokumentere dette i en sykmelding.	Delta på dialogmøtet, hvis du blir innkalt. Du kan be NAV om et tidligere dialogmøte 2.	Delta på dialogmøte 3 hvis du blir innkalt. Du kan selv be NAV om et dialogmøte 3. Vurdere om arbeidstakeren fortsatt er arbeidsufør med behov for andre ytelser fra NAV
NAV Er en støttespiller i oppfølgingsarbeidet. Utbetaler sykepenger. Har ulike arbeidsrettede virkemidler. Skal foreslå aktuelle virkemidler som kan bidra til arbeidsrelatert aktivitet. IA-virksomheter får spesiell bistand fra NAV arbeidslivssenter.		NAV sender informasjonsbrev til alle sykmeldte.		Vurdere om aktivitetskravet er oppfylt slik at arbeidstaker fortsatt har rett til sykepenger. Vurdere om det er behov for arbeidsrettet oppfølging fra NAV.	Avholde dialogmøte senest innen 26 uker, med mindre det er åpenbart unødvendig. Vurdere om sykmelder skal delta. Innkalle til et tidlig dialogmøte 2 hvis aktørene ber om det eller NAV mener det er hensiktsmessig. Forberede møtet slik at tiltak/framdrift kan iverksettes.	Innkalle til et dialogmøte 3 hvis en av aktørene ber om det eller NAV mener det er hensiktsmessig. Vurdere om det er aktuelt med arbeidsrettede tiltak eller arbeidsavklaringspenger så tidlig som mulig, og senest før maksimumsgrensen for sykepenger er nådd.

3.6.1 Sykmeldte og arbeidsgiver

Alle norske virksomheter må ha et systematisk arbeid med forebygging og oppfølging av sykefravær (ihht, Arbeidsmiljøloven §3-1). Arbeidsgiver har også et ansvar for å tilrettelegge for egne ansatte som har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje.

Selv om sykmeldte har krav på tilrettelegging fra arbeidsgiver, er det en grense for tilretteleggingsplikten. Det står spesifisert i Arbeidsmiljøloven § 4-6 at nødvendige tiltak skal iverksettes "så langt det er mulig" og i Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 12 at plikten ikke omfatter "tilrettelegging som innebærer en uforholdsmessig byrde".

Arbeidstaker har plikt til å samarbeide og medvirke aktivt til å finne løsninger for å komme tilbake i arbeid raskest mulig. De skal gi opplysninger til arbeidsgiver og til NAV om egen funksjonsevne, prøve seg i arbeidsrelatert aktivitet så tidlig som mulig, og senest innen åtte uker og ellers medvirke i hensiktsmessig tilrettelegging og tiltak.

Det viktigste sykefraværarbeidet foregår på arbeidsplassen. Arbeidsgiver og arbeidstaker skal i fellesskap utarbeide en oppfølgingsplan, dersom det ikke er åpenbart unødvendig¹⁸. En *oppfølgingsplan* er arbeidstakers og arbeidsgivers verktøy, men skal også fungere som en informasjonskanal for sykmelder, NAV og eventuelle andre støttespillere som trekkes inn i oppfølgingsarbeidet. Oppfølgingsplanen skal inneholde:

- Vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne
- Aktuell tilrettelegging eller tiltak i arbeidsgivers regi, eventuelt med bistand fra NAV
- Plan for videre oppfølging

Planen skal sikre at dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker kommer raskt i gang, og at tiltak og muligheter for å komme i arbeid igjen vurderes grundig. Hvor omfattende planen og tiltakene skal være, vil være avhengig av hvor stor funksjonssvikten er og varigheten av den. Dersom en arbeidstaker ikke vil medvirke, vil arbeidsgiver bli regnet som fritatt fra sin plikt til å utarbeide en slik plan. Dette fordi utarbeidelsen av slike planer forutsetter en dialog mellom partene. Arbeidstaker plikter imidlertid bare å gi opplysninger om sin arbeidsfunksjon, ikke medisinske eller andre private opplysninger.

Arbeidsgiver skal sende planen uoppfordret til sykmelder så snart den er utarbeidet og senest etter fire uker. NAV skal ha den hvis den etterspørres eller det er behov for bistand fra NAV. Arbeidet med planen skal være dynamisk og den skal oppdateres løpende med informasjon gjennom sykefraværsløpet.

Arbeidsgiver skal kalle inn arbeidstaker til dialogmøte om innholdet i oppfølgingsplanen senest sju uker etter at arbeidstaker har vært helt borte fra arbeidet. *Dialogmøte 1* skal avholdes for arbeidstakere som er helt sykmeldt med

¹⁸ De mest åpenbare situasjonene hvor en plan ikke vil ha noen hensikt, er når det er klart at den sykmeldte ikke kommer tilbake til arbeid, eller når det er klart at arbeidstaker vil komme tilbake uavhengig av eventuelle tilretteleggingstiltak. Det kan også være "åpenbart unødvendig" med en oppfølgingsplan når arbeidstakeren er gradert sykmeldt og kan ha en dialog om oppfølging og tilrettelegging på arbeidsplassen.

mindre det er åpenbart unødvendig.¹⁹ For arbeidstaker som er delvis borte fra arbeidet (gradert sykmeldt) skal et slikt møte holdes når arbeidsgiver, arbeidstaker eller sykmelder anser det hensiktsmessig. På møtet kan arbeidstaker ha med seg verneombud eller tillitsvalgt hvis ønskelig.

Sykmelder skal være med hvis både arbeidsgiver og arbeidstaker eller arbeidstaker alene ønsker det. NAV, bedriftshelsetjenesten eller andre relevante aktører kan også kalles inn dersom arbeidsgiver eller arbeidstaker ønsker det.

3.6.2 Sykmelder

Rett til sykepenger fra NAV er betinget av sykmelding fra lege (eller annen sykmelder). Det er først og fremst fastlegene som skriver ut sykmeldinger i Norge²⁰. Sykehusleger sykmelder ofte når pasienten er innlagt på sykehus. Ellers er det fastlege som har ansvar for eventuelt å delta i møter med NAV/arbeidsgiver.

Ifølge *Faglig veileder for sykmeldere* utarbeidet av Helsedirektoratet skal førstevalget for sykmelder være gradert sykmelding.²¹ I informasjonsskrivet til legene står det at NAV forventer at sykmelder benytter veilederen.

I sykmeldingen, "Medisinsk vurdering av arbeidsmulighet ved sykdom", skal legen redegjøre for om sykdommen eller behandlingen i seg selv er til hinder for arbeidsdeltakelse, samt hvilke hensyn pasienten eventuelt må ta i det nåværende arbeidet. Her skal legen forslå mulige tilpasninger på arbeidsplassen og angi når han/hun forventer at den sykmeldte kan gjenoppta arbeidet. Dette punktet skal gi informasjon til NAV og arbeidsgiver om hvilke tilretteleggingsmuligheter som er aktuelle og lengden på eventuelle tiltak.

Innen åtte uker skal sykmelder skrive ut utvidet legeerklæring. Denne skal inneholde en vurderingen av om det er medisinske årsaker (evt. behandlingsopplegg) som er årsak til at det ikke er igangsatt arbeidsrettet aktivitet innen åtte uker, eller om det er andre årsaker. Legen skal gi en utfyllende begrunnelse for at arbeidsrelatert aktivitet ikke er aktuelt. Videre kan det også her gis forslag om mulige tiltak på arbeidsplassen. Dersom NAV ikke har mottatt utfyllende opplysninger innen åtte uker, kan sykepengeutbetalingen stoppes.

¹⁹ Eksempler på tilfeller hvor møtet kan være åpenbart unødvendig er:

- Tilfeller med alvorlige sykdomstilstander hvor det kan fastslås at vedkommende arbeidstaker ikke vil være i stand til å vende tilbake til arbeidet.
- Tilfeller der det er åpenbart at arbeidstaker innen kort tid uansett vil vende tilbake til full jobb uten tilretteleggingstiltak.
- Tilfeller der det allerede er iverksatt tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen som fungerer, og det er åpenbart at arbeidstaker uansett innen kort tid vil komme tilbake til full jobb.
- Alvorlige sykdomstilstander hvor årsaken til sykmeldingen er av en slik art at møtet ikke kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte. (Det forutsettes i slike tilfeller at møtet avholdes på et senere tidspunkt, hvis mulig.)
- For gradert sykmeldte skal møtet avholdes når arbeidsgiver, arbeidstaker eller sykmelder anse det hensiktsmessig.

²⁰ I tillegg til leger kan kiropraktorer og manuellterapeuter sykmelde ved sykdom eller skade som har direkte sammenheng med muskel- og skjelettsystemet, men disse to gruppene kan ikke sykmelde i en sammenhengende periode ut over tolv uker fra første sykefraværsdag (Damberg, 2009).

²¹ Hentet fra: <http://sykmelderveileder.helsedirektoratet.no/om-veilederen/Sider/default.aspx>. Hentedato 8.4.2015

3.6.3 NAV-kontoret

Det er NAV-kontorene som har ansvar for å registrere sykmeldinger og følge opp den sykemeldte så lenge vedkommende mottar sykepengene. Det er fastlagt prosedyrer for hvordan saksbehandlere skal jobbe med oppfølging av de sykemeldte, på gitte tidspunkt (se oversikt på side NNN). Dette er for å sikre likebehandling og gode styringsmuligheter.

Etter åtte uker stopper automatisk sykepengene, med mindre det settes unntak fra aktivitetskravet. Her gjør NAV en revurdering av sykepengeutbetalingene før de eventuelt fortsetter. Ofte betyr dette at NAV ber om mer informasjon fra legen (utvidet legeerklæring). Fram til 2014 skulle arbeidsgiver innen ni uker sende inn oppfølgingsplanen og et rapporterings skjema til NAV.

NAV skal innkalle til *dialogmøte 2* etter senest 26 uker, med mindre det er «åpenbart unødvendig»²². I møtet skal det foretas vurderinger av hvilke muligheter som foreligger på arbeidsplassen og hvilke alternativer som kan være aktuelle for den sykemeldte ut fra en helsemessig vurdering. NAV kan kreve at sykmelder eller annet helsepersonell skal delta i møtet hvis det anses som hensiktsmessig. NAV kaller inn til møtet tre uker før det avholdes. Arbeidsgiver skal sørge for at oppdatert plan sendes NAV senest en uke før dialogmøtet.

NAV skal sende sykemeldte et informasjonsbrev ved 39 ukers sykmelding med tilbud om en samtale for å fange opp behov for eventuelle tiltak. Når sykepengeperioden nærmer seg slutten skal behov for tiltak fra NAV vurderes på nytt: for eksempel eksterne arbeidsrettede tiltak, arbeidsavklaringspenger (AAP) eller andre tiltak.

I enkelte tilfeller vil det være hensiktsmessig at NAV ved utløpet av sykepengeperioden, eller eventuelt tidligere, avholder et *dialogmøte 3*. Dersom Arbeidstaker, arbeidsgiver eller sykmelder tar initiativ til et slikt møte, har NAV plikt til å innkalle til og gjennomføre dette. Møtet vil være et ytterligere "stoppunkt" og forum for dialog i slutten av sykepengeperioden. Møtet gjennomføres etter de samme føringer som i dialogmøte 2.

Slik det er i dag, blir de sykemeldte sjelden fulgt opp fra NAV før det er gått åtte uker (Sintef 2013), og arbeidet med sykmeldingene følger i stor grad de lovpålagte stoppunktene. Det er ofte lite differensiering mellom oppfølgingen av den enkelte sykemeldte, i alle fall før det er gått 26 uker. Etter 26 uker kan oppfølgingen variere noe mer i henhold til den enkeltes behov og hva som er utsiktene/planene for siste del av sykepengeåret.

²² Det forutsettes at unntaksadgangen for ha dialogmøte 2 praktiseres strengt. Unntak kan gis når sykdoms- eller skadetilfeller er av en slik art at arbeidstakeren vil vende tilbake til jobb uten at det er behov eller muligheter for særlige tilretteleggingstiltak på arbeidsplassen. Også tilfeller med alvorlige sykdomstilstander hvor det kan fastslås at vedkommende ikke vil være i stand til å vende tilbake til arbeid vil kunne omfattes av unntaket. Aktuelle tilfeller er: A) Medisinske grunner dokumentert av legeerklæring, oppfølgingsplan mv, der det framgår at vedkommende arbeidstaker ikke vil være i stand til å vende tilbake til arbeid, B) Innleggelse i helseinstitusjon, C) Forventet friskmelding innen 28 ukers sykmelding eller D) Dokumentert hensiktsmessige tiltak som sannsynligvis vil føre til friskmelding. Unntak etter denne bestemmelsen skal bare gis der det er sannsynliggjort at tilbakegang til arbeid/friskmelding vil skje innen 39 ukers sykmelding. (se Rundskriv - § 8-7a - Oppfølging mv. i regi av Arbeids- og velferdsetaten).

Erfaringen fra dette oppdraget er at NAV ofte velger å droppe dialogmøte 2 og 3 med kreftpasienter fordi vedkommende er i et behandlingsløp og/eller «svært syk». Noen ganger blir initiativet om å droppe møtet tatt av NAV-veileder. Vi har imidlertid også fått tilbakemelding om at en rekke arbeidsgivere og sykmeldte ikke har ønsket slike møter.

3.6.4 NAVs virkemidler/tiltak ved sykefravær

NAV kan tilby en rekke virkemidler og tiltak for personer som er sykmeldt, eller som står i fare for å bli det. Virkemidlene er tilgjengelige for arbeidstakere som er ansatt hos en arbeidsgiver, noen også for selvstendig næringsdrivende. For arbeidstakere i IA-virksomheter eksisterer det ytterligere virkemidler. Nedenfor er en kort beskrivelse av de ulike virkemidlene²³.

- *Tilretteleggingstilskudd* kan gis til arbeidsgiver som kompensasjon for merutgifter eller merinnsats i forbindelse med nødvendig tilrettelegging, utprøving og opplæring i nye arbeidsoppgaver, eller praktisk hjelp som arbeidstakeren har behov for (forbeholdt IA-virksomheter).
- *BHT-tilskudd*. IA-virksomheter kan helt eller delvis få refundert utgiftene til bruk av bedriftshelsetjeneste (BHT) fra NAV. Det forutsetter at BHTs arbeid bidrar til at arbeidstakere kan unngå sykmelding, eller hvis sykmeldte eller personer med redusert arbeidsevne tilbakeføres til arbeid (forbeholdt IA-virksomheter).
- *Individuell oppfølging, avklaring og arbeidsrettet rehabilitering* er et utvidet tilbud om individtilpassede tjenester som kan føre til raskere tilbakevending til arbeid. Ordningen er en del av «Raskere tilbake».
- *Gradert sykmelding* skal brukes dersom den sykmeldte kan utføre deler av sine vanlige arbeidsoppgaver, enten ved å arbeide redusert tid eller ved å bruke lengre tid på å utføre arbeidsoppgavene. Gradert sykemelding skal også brukes når den sykmeldte delvis kan utføre nye arbeidsoppgaver. Dette gjelder også etter tilrettelegging gjennom bedriftsinterne tiltak. Se mer utførlig beskrivelse i 3.5.
- *Reisetilskudd* kan gis til yrkesaktive (arbeidstakere, selvstendig næringsdrivende, frilansere) som har behov for transport til og/eller fra arbeidsstedet på grunn av helseplager. Reisetilskudd gis i stedet for sykepenger eller arbeidsavklaringspenger.
- *Arbeidsplassvurdering* kan foretas av fysioterapeut eller ergoterapeut som ved besøk på den enkelte arbeidsplass vurderer mulige tilretteleggings tiltak som kan føre til at sykmelding kan unngås eller at arbeidstaker kan gjenoptas helt eller delvis.
- *Hjelpemidler på arbeidsplassen*. Hvis arbeidstakeren trenger spesielle hjelpemidler for å klare jobben sin, kan han/hun søke NAV om økonomisk støtte til dette. Ev. med bistand fra NAV Hjelpemiddelsentral.
- *Arbeidsrettede tiltak* er aktuelt i forbindelse med skolegang, kurs, hospitering, arbeidstrening mm. for at arbeidstakeren skal kunne komme i arbeid. Tiltakene kan benyttes allerede i sykepengeperioden.

²³ Hentet fra <https://www.nav.no/no/Bedrift/Oppfolging+og+rapportering/Oppfolging+av+sykmeldte/Relatert+informasjon/Sykefrav%C3%A6rsoppf%C3%B8lgging++virkemidler+og+tiltak.346426.cms>

4 Å være kreftrammet i arbeidslivet

Basert på kvalitative intervjuer med 18 personer som har vært rammet av kreft, belyser vi i dette kapittelet følgende problemstillinger:

- Hva betyr senvirkninger av en kreftsykdom for arbeidstakers nærvær og frafall fra arbeidslivet?
- Hvilke behov for tilrettelegging på arbeidsplassen har arbeidstakere som har eller har hatt kreft?
- Varierer behovet for tilrettelegging med om den kreftrammede er under utredning, behandling eller friskmeldt?
- Hvilken betydning har utformingen av sykelønnsordningen for kreftrammedes arbeidsnærvær?

Det er store individuelle forskjeller når det gjelder informantenes diagnose, behandlingsforløp og reaksjon på behandlingen. Det er også variasjoner i sykmeldingsmønsteret deres. Informantene deler samtidig en sterk vilje til å komme tilbake i normalt liv og i jobb etter kreftsykdommen, og på intervjutidspunktet har nesten alle klart det.

Flere av de vi intervjuet jobbet noe gjennom behandlingsforløpet, men de fleste ble etter hvert så dårlige av behandlingen at de ble helt sykmeldt. De fleste hadde behov for at tilbakekomsten til jobben etter endt primærbehandling kunne skje gradvis. Enten ved at det ble gjort tilpasninger i arbeidsoppgavene eller at de kunne jobbe gradert.

De fysiske forandringene har betydning for de kreftrammedes arbeidsdeltakelse og bidrar til at mange har behov for en tilpasset arbeidssituasjon. Erfaringene med hvor mye tilrettelegging arbeidsgiver bidro med varierer betydelig. Flere måtte også gå tilbake i full stilling til tross for at de ikke følte seg friske nok, som regel fordi de hadde brukt opp sykepengene. Inntrykket er at arbeidsgivers vilje til - og omfang - tilrettelegging ofte har sammenheng med hva slags jobb den kreftrammede har.

4.1 Sykdom og behandling

De kreftrammedes situasjon på diagnosetidspunktet

De fleste av informantene vi har snakket med, forteller at kreftdiagnosen kom brått på og ofte uten særlig forvarsel. For noen ble sykdommen oppdaget i forbindelse med en rutinekontroll, andre kontaktet helsevesenet selv fordi de ønsket undersøkelse av en kul de hadde oppdaget. Én fikk diagnosen i forbindelse med at hun akutt ble så dårlig at hun måtte legges inn på sykehus. Mange følte seg helt friske da de fikk diagnosen.

Andre hadde følt seg utmattet, trøtte og slitne en stund, men relaterte dette til belastninger de hadde på jobb eller i privatlivet. Noen hadde hatt fysiske smerter, men relaterte symptomene til noe annet. En av informantene hadde vært redusert i flere år. Symptomene, som til slutt viste seg å være lungekreft, ble lenge

behandlet som bronkitt/lungebetennelse. Noen av de vi intervjuet hadde dermed vært sykmeldt i perioder før diagnosen ble stilt.

Det er store variasjoner i informantenes sykmeldingsmønster. En del ble helt eller delvis sykmeldt i forbindelse med at de fikk diagnosen. For eksempel fordi behandlingen ble igangsatt eller fordi kreftdiagnosen medførte en følelsesmessig reaksjon som gjorde tilstedeværelse på jobb vanskelig. Sykmeldingene varierer fra flere korte perioder til lange sammenhengende periode på flere måneder. Noen opprettholdt imidlertid full tilstedeværelse på jobb den første tiden etter diagnosen.

Behandling – aktuelt for noen å jobbe parallelt

Informantene har vært gjennom ulike behandlingsforløp. Noen startet med operasjon, fortsatte med cellegift og avsluttet med stråling. Andre hadde ingen operasjon men fikk cellegift og stråling. Noen ble behandlet med cellegift før de fikk operasjon.

Selve behandlingsforløpet den kreftrammede må gjennom og hvilke konsekvenser den har for den sykmeldte, legger rammer for muligheten til å kombinere behandling med arbeid. Vi tenker på selve behandlingen, men også andre forhold. F.eks. spiller reiseavstand til behandlingssted en rolle for muligheten til å kombinere behandling og arbeid. I tillegg kommer det an på hvordan personen reagerer på behandlingen.

Flere av de kreftrammede vi intervjuet fortsatte å jobbe etter at behandlingen hadde startet. De kombinerte arbeid med cellegiftbehandling ved at de fikk sykmelding i forbindelse med behandling og de påfølgende dagene, da de fleste føler seg dårlige. I perioden mellom behandlingene følte de seg bedre og var på jobb som vanlig. Hvor mye og hvor lenge de klarte å kombinere behandling med arbeid varierte, men felles for alle med unntak av én, var at de ble sykmeldt 100 prosent etter en stund. Følgende eksempler er illustrerende for hvordan noen kombinerer arbeid og behandling:

En mannlig konsulent ble behandlet med cellegift annenhver uke. Uken med behandling var han veldig dårlig og maktet ikke å jobbe. Men den påfølgende uken uten behandling følte han seg i god nok form til å jobbe. Han opplevde likevel at han gradvis ble sykere. Han følte også at han ble mer og mer mentalt sliten av å veksle mellom gode og dårlige uker og mellom sykdom og jobb. Det som i starten var den gode uken, ble etter hvert preget av at han grudde seg til neste uke. Han klarte likevel å opprettholde denne måten å jobbe på et halvt års tid, men fikk ettervirkninger av behandlingen i form av en nevrologisk sykdom, som gjorde at han ikke maktet det lenger.

En kvinnelig rådgiver i en statlig rådgivningstjeneste jobbet den første tiden etter diagnosetidspunktet og litt inn i behandlingstiden. For henne var opplevelsen av normalitet knyttet til å kunne være på jobben. I tillegg var hun veldig glad i arbeidet sitt og hadde stor glede av å være sammen med kollegaene sine. Etter noen uker opplevde hun imidlertid at det ble vanskelig å være mentalt tilstede for de arbeidsoppgavene hun skulle gjøre, og at sykdommen etter hvert krevde all hennes tid. I tillegg ønsket hun å prioritere tid til å gå lange turer slik at hun kunne holde kroppen i best mulig fysisk form.

En kvinnelig IT-konsulent jobbet gjennom hele behandlingsforløpet med operasjon, cellegift og stråling over en tidsperiode på 15 måneder. Hun ble dårlig de første 2-3 dagene etter at hun fikk cellegift, men følte seg i god form og jobbet i periodene mellom. Mens hun fikk cellegift hadde hun gradert sykmelding. Den siste delen av behandlingsforløpet bestod av stråling. Fordi hun bodde i nærheten av behandlingsstedet, kunne hun gjennomføre behandlingen uten sykmelding. Hun opplevde ikke at arbeidsevnen hennes ble påvirket av strålingen og jobbet 100 prosent gjennom den siste delen av perioden med behandling.

De færreste klarte imidlertid å jobbe gjennom hele behandlingsperioden, til tross for at de i utgangspunktet hadde et sterkt ønske om det. Informantene beskriver at virkningene av behandlingen kommer gradvis. Noen kan oppleve å ha en lengre periode der de føler seg ganske friske for så å oppleve en gradvis forverring av tilstanden.

En beskriver effekten av cellegift som en prosess der en gradvis mistet mer og mer av konsentrasjonsevnen og en følelse av at kroppen og hodet ikke kommuniserte. Mange opplever å bli mer og mer kraftløs og at den minste fysiske anstrengelse etter hvert blir krevende. Dette bidrar til at mange til slutt blir 100 prosent sykmeldt. En av informantene gir følgende beskrivelse av prosessen fra full tilstedeværelse på jobb til hun ikke klarte å jobbe lenger.

Da jeg ble syk ledet jeg et stort prosjekt. Etter en liten stund gikk ikke det, jeg klarte ikke å holde tempoet som skulle til, så jeg fikk enklere oppgaver som ikke krevde like mye. Men det er noe med at jeg ble så redusert at jeg til slutt følte at jeg kjempet meg til jobben og snudde bunken og gikk hjem igjen. Jeg hadde ikke hode til det.

Inntrykket vårt er at arbeidsdeltakelse i behandlingsperioden betinges av hva slags ansvar og arbeidsoppgaver en har. Ansvar som krever full tilstedeværelse blir krevende i en periode der mye tid går med til behandlingen. Det synes likevel som om mange klarer å kombinere arbeid og behandling dersom arbeidsoppgavene kan løses til tross for vekslende tilstedeværelse på jobb.

Har nok med å være syk

For noen av informantene var det ikke aktuelt å jobbe i behandlingsperioden. Noen begrunnet dette med at gjennomføring av behandlingen tok all deres tid. Noen ble i tillegg så dårlige at de var ute av stand til å jobbe, til tross for at de kunne ha ledig tid mellom behandlingene. I tillegg til den fysiske belastningen var den psykiske påkjenningen stor for flere, og de brukte mye tid og tankeenergi på å finne en måte å forholde seg til diagnosen på. Flere ble rammet av angst og depresjon. Frykten for å dø og bekymringer for sine nærmeste var en del av dette.

Arbeid etter at behandlingsperioden er over

Som vi har beskrevet i kapittel 2 får mange kreftrammede ulike senvirkninger som følge av kreftsykdom og behandling. Våre informanter beskriver utmattelse, konsentrasjons- og hukommelsesvansker, lymfødem og nevrologisk lidelser som ettervirkninger de sliter med. I tillegg oppgir en del at de har hatt psykiske reaksjoner som angst og depresjon. Som en informant sa det:

«De sa på sykehuset at nå er du frisk - nå som du er operert. Men du blir syk av behandlingen. Du føler deg dårligst når du egentlig er frisk».

Flere av informantene var ikke forberedt på at behandlingen kunne gi så store ettervirkninger. Opplevelsen av å ikke fungere på samme nivå som før er en tøff erfaring for mange. I tillegg opplevde flere at arbeidsgiver og kollegaer hadde de samme forventningene til dem som før de ble syke.

Mange har opplevd et motsetningsforhold mellom omgivelsenes forventninger på den ene siden og egen opplevelse av situasjonen på den andre. For å komme tilbake til arbeidslivet har de derfor måttet finne nye tilpasninger og følt et behov for å definere sine egne og omgivelsenes forventninger på nytt. Men ikke alle vi har intervjuet har slitt med senvirkninger.

For noen begrenses muligheten til å jobbe av ettervirkningene

Mangelen på energi kan for noen kreftrammede være så sterk at det hindrer eller reduserer muligheten til å være i jobb etter endt behandling. Situasjonen er som regel ikke permanent, og mange opplever en gradvis bedring som til slutt gjør dem i stand til å gjenoppta full arbeidsdeltakelse. Hvor lang tid den enkelte trenger, varierte imidlertid fra person til person.

Flere av informantene forteller at de fortsatt var sterkt redusert da de gjenopptok arbeidet etter at behandlingen var over, men at de i løpet av noen måneder følte at de hadde fått mye av energien tilbake. Andre har brukt mange år på å komme tilbake i 100 prosent stilling. Noen har jobbet fullt noen år, men befinner seg nå i en situasjon der de på grunn av ettervirkninger vurderer om de må jobbe mindre.

I tillegg til å miste energi, erfarte noen av informantene at kreftsykdommen hadde gjort dem mindre tolerante for stress. Noen hadde også fått en lavere toleranse for støy, noe som gjorde det krevende å jobbe dersom det var mye lyder rundt dem. En av informantene fortalte at hun opplevde at det å sitte i åpent landskap med mye støy bidro til at hun orket mindre i den første fasen hun var tilbake på jobb. Mange av informantene fortalte også at kreftsykdommen har bidratt til at de har fått et større behov for pauser, både i jobben og i det daglige. Flere opplevde også å være langt mer psykisk sårbare enn de var før, og kan bli mer nærtakene i forhold til ting som skjer på jobben.

Evnen til å konsentrere seg kan være sterkt redusert etter en kreftbehandling. Flere av informantene forteller at de har slitt med dårlig konsentrasjon. En sier:

Det jeg slet med og gjør fortsatt - er konsentrasjon. Den har fått seg en knekk. Utrolig vanskelig å fokusere uten å miste fokus. Det var spesielt tungt i starten. Da kunne jeg sitte og holde på med ting og se på datamaskinen og lure på hva jeg holdt på med.

4.2 Familie og prioriteringer

Individuelle prioriteringer, vektlegging av jobb

Inntrykket vårt er at behovet for å opprettholde en størst mulig grad av normalitet er viktig for personer som rammes av kreft. Å gå på jobb er for mange en viktig del av livet. Dette er kanskje også grunnen til at mange av informantene forteller at de ofte har gått på jobb selv om de ikke har følt seg i form til det. Jobben

fremstilles av mange som et fristed som gir dem litt pause fra vonde og vanskelige tanker. Følgende sitater illustrerer dette:

Det å gå hjemme alene, det er ikke for meg. Hvis jeg skal gå her så blir jeg syk i hodet. Tankene får bare gå. Her på jobb snakker jeg litt med kolleger. Du blir forstyrret. Her får du en normal hverdag.

Jeg syntes det var greit å ikke sette seg ned og være syk. Det var det andre som gjorde – og jeg så hva det gjorde med dem – de ble veldig redde. Det å jobbe er god terapi – ja, kanskje den beste.

Flere fremhever betydningen av å ha en interessant jobb eller «et prosjekt» som viktig for motivasjonen til å anstrenge seg for å komme tilbake på jobb. Inntrykket vårt er videre at det å jobbe har vært en del av «tilfriskningen» for flere. En av informantene skrev en bok i etterkant av sykdommen. Han beskriver skrivearbeidet som viktig for motivasjonen til å «bli klar i hodet igjen».

For andre kan det å jobbe også være styrt av plikt, en opplevelse av at samfunnet forventer at en skal være produktiv og ikke bli sykmeldt, selv om dette ikke nødvendigvis korresponderte med hva en følte selv. En kvinne sa følgende:

Jeg følte det var det samfunnet forventet – alle ventet det. Jeg følte at beslutningen ble helt overlatt til meg selv, og da skulle ikke jeg være dårligere enn andre.

Noen tenker på den annen side at de burde være borte fra jobb av hensyn til kollegaene. En av informantene fortalte at hun i ettertid har tenkt at hun burde ha vært 100 prosent sykmeldt fordi hun mente det til tider var en belastning for dem at hun var på jobb.

Du kommer jo ikke på jobb og er tipp topp. Mye psykisk – plutselig fosser det blod fra nesen. De blir redde og lurer på hva som skjer. Av mange grunner bør en være borte.

Familiesituasjonen kan påvirke

Kreftrammedes nærvær på jobb må også forstås i lys av hvilken situasjon de har hjemme. Det å ha ansvar for barn eller andre familiemedlemmer krever mye. Noen har mange de kan dele ansvaret med, andre står med det alene. Individuer reagerer også ulikt på det å få en kreftdiagnose. Noen ønsker å tilbringe mest mulig tid med sine nærmeste, mens andre går inn i en sfære hvor de ikke føler at det er plass til så mange andre enn dem selv.

Blant informantene som hadde ansvar for barn var det noen som følte at sykdommen bidro til at de måtte prioritere mellom familien og jobben. Blant de vi har snakket med har vi flest eksempler på personer som har prioritert jobb. Noen av dem beklager i ettertid at de brukte alle kreftene de hadde på jobb, i en periode hvor familien, og spesielt barna, hadde behov for at de brukte tiden på dem.

Det er flere utfordringer ved det å ha omsorg for barn gjennom sykdomsforløpet. En av informantene som kombinerte jobb og behandling, erfarte at det var krevende for barnet hennes å takle at hun vekslet mellom å være syk og være i vanlig aktivitet på jobb:

Kombinasjonen med jobb og behandling var kanskje verst for han lille treåringen. Noen dager var jeg veldig dårlig og lå bare på sofaen. Hvis jeg ikke orket å følge han til barnehagen, så ble vi bare hjemme. Og så plutselig

uken etter, så hadde vi dårlig tid for da skulle jeg på jobb og han i barnehagen. Han skjønnte jo ikke at den ene uken er mamma veldig syk og den neste er hun faktisk på jobb.

En kvinne som ble kreftsyk i slutten av sitt andre svangerskap forteller at barnet hennes fortsatt bærer preg av å ha blitt født inn i en tilværelse preget av morens sykdom og foreldrenes frykt for om mor ville overleve eller ikke. Gutten var urolig og våknet mye på nettene i de første leveårene. Det var vanskelig å tilvenne han i barnehagen fordi han var utrygg og slet når han måtte være borte fra foreldrene og da spesielt moren. Faren hadde turnus der han var borte flere uker i strekk, noe som skapte ekstra utfordringer for familien i perioden kvinnen skulle tilbake til jobb. Dette bidro til at det ble for krevende for kvinnen å komme tilbake i hundre prosent stilling de første årene etter at hun var ferdig med behandlingen. Løsningen ble gradert arbeid i kombinasjon med AAP, fram til hun igjen ble klar til å jobbe 100 prosent.

Ikke alle har en familieøkonomi som gjør det uproblematisk å gå over på AAP. En av kvinnene vi intervjuet hadde ansvar for to døtre da hun ble rammet av kreft. Hun beskriver kreftbehandlingen hun gjennomgikk som tøff. I perioder var hun så tappet for krefter at hun tilbragte hele dagen liggende på sofaen. I tillegg mistet hun negler og det «brant» på hender og føtter. Hun beskriver det praktiske forsørgeransvaret som vanskelig, og hadde heller ikke noen nær familie som kunne hjelpe henne. Døtrene var så store at de kunne bidra til det praktiske hjemme, men moren opplevde situasjonen som veldig tøff og uheldig både for dem og for henne. Da sykepengeperioden var over presset hun seg tilbake på jobb til tross for at hun ikke følte seg frisk.

Hun var fortsatt veldig preget av den tøffe cellegiftbehandlingen hun hadde vært gjennom og beskrev tilstanden som å gå med konstant influensa. Hun følte seg sliten, hadde lite energi og slet med konsentrasjonsproblemer. Fordi hun var eneforsørger, anså hun det ikke som noe alternativ å gå over på AAP. For henne resulterte dette i en krevende periode på jobb der relasjonen til arbeidsgiver ble stadig dårligere, og hun følte at hun ikke maktet å ivareta barna på en god måte.

Flere av informantene etterspør praktisk bistand, som for eksempel en "husmorvikar", for å kunne ivareta barna i sykdomsperioden. Spesielt foreldre med eneansvar for barn kan i perioder ha store problemer med å følge opp barna dersom de ikke har noen som kan bistå dem i dette. En av informantene etterspurte muligheten for å få litt praktisk hjelp til å ivareta barna. Hun ble henvist til å ta kontakt med barnevernet. Men for å få hjelp der måtte hun signere på at hun ikke evnet å ta vare på barna, noe hun følte ble helt feil i hennes situasjon. En annen fikk i regi av helsestasjonen avlastning 1-2 timer i uken av en person som kom og trillet babyen slik at hun kunne få hvile.

En kvinne opplevde at hennes tenåringsdatter fikk psykiske problemer i kjølvannet av hennes sykdom. Kvinnen prioriterte jobben gjennom behandlingsperioden for å drøye sykepengeperioden lengst mulig. Gjennom denne fasen utviklet datteren en sterkt angst. Datteren holdt reaksjonene sine skjult fordi hun ikke ønsket å være til belastning for moren, men fikk hjelp av Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) da problemene etter hvert ble oppdaget. Kvinnens refleksjoner i ettertid er at hun skulle ønske det var rom for å prioritere familien i den kritiske situasjonen hun stod oppe i.

Mange som rammes av kreft deltar på et rehabiliteringsopphold etter at behandlingsperioden er over. For flere representerer dette oppholdet den første anledningen til «bare få være syk». Fram til dette tidspunktet har de brukt all sin energi på å forvalte sykdommen, jobben og familien. Noen forteller at de fikk et sammenbrudd i forbindelse med rehabiliteringsoppholdet. De sier at det var først da de fikk anledning til å reflektere ordentlig over alt de hadde vært gjennom.

Stort ansvar på hjemmebane kan dermed gjøre det mer krevende for kreftrammede å returnere for fullt til arbeidslivet.

4.3 Tilrettelegging på arbeidsplassen

Erfaringer med arbeidsgivers muligheter for å tilrettelegge

De fleste av informantene hadde behov for en eller annen tilpasning i jobben når de kom tilbake etter endt behandling. Behovene varierte individuelt, men inkluderte redusert arbeidstid, endringer i arbeidsoppgaver og tilrettelegginger i det fysiske miljøet. Erfaringene de hadde med tilrettelegging syntes å variere ut fra hva slags jobb de hadde og hvor stor vilje arbeidsgiver hadde til å tilrettelegge.

Behovet for tilrettelegging er ikke nødvendigvis det samme under behandling som når den kreftrammede etter endt behandling skal gjenoppta yrkesdeltakelsen. Under behandlingsperioden er kanskje den viktigste forutsetningen at den kreftrammede kan veksle mellom tilstedeværelse og fravær. Det kan ofte være nødvendig med fleksibilitet på grunn av uforutsigbarhet knyttet til når og hvor lenge en vil klare å være i jobb. Etter at behandlingen er over, og den kreft-rammede skal tilbake til arbeidslivet, synes den viktigste forutsetningen å være at arbeidet tilpasses den enkeltes kapasitet.

Informantene gir ulike beskrivelser av hvordan jobben deres lot seg kombinere med den situasjonen de befant seg i gjennom behandlingsperioden. En av lærerne vi intervjuet beskriver sitt yrke som vanskelig å kombinere med kreftbehandling. Behovet for kontinuitet og forutsigbar tilstedeværelse i arbeidet gjorde at noen lærere vurderte det som best å være 100 prosent sykmeldt. De forklarer dette med at det både er praktisk krevende for skolen og en dårlig løsning for elevene, hvis de stadig må få vikar. Å følge elevenes utvikling og holde oversikt over hvilke utfordringer de eventuelt har, forutsetter at en kan følge dem over tid. Det er også krevende for skolene å måtte hente inn vikarer på kort varsel når endringer i behandlingstider eller lærerens form gjør at vedkommende likevel ikke kan komme på jobb.

Til sammenlikning beskriver informantene med konsulent- og rådgiverjobber mulighetene for å kombinere arbeid og behandling som gode. En typisk innretning er å være borte når en får behandling og kanskje også de påfølgende dagene. Kombinasjonen blir beskrevet som uproblematisk fordi de i stor grad kunne bestemme arbeidsoppgaver, arbeidsmengde, arbeidstider og ofte også arbeidssted. Flere av dem hadde dessuten arbeidsgivere som så stor nytte av alt de kunne bidra med, og derfor åpnet for at de kunne komme og gå slik det passet. En av informantene gir følgende illustrerende beskrivelse:

I kunnskapsbedrifter er det vanskelig med nye mennesker. Så lenge man kan bruke de man har, kan man spare penger. Kan sjonglere med oppgaver

slik at en kan gjøre det en er mest kvalifisert til. Da har arbeidsgiver god gevinst. Noen steder er det vanskelig å være fleksibel. Hadde jeg vært lærer med 2 timer en uke og 5 neste, ville det vært vanskelig å jobbe i behandlingsperioden.

Konsekvensene av å være sykmeldt kan være større for en selvstendig næringsdrivende enn for en vanlig ansatt. En av informantene som driver et eget konsulentselskap fortalte at han av hensyn til opprettholdelsen av driften i selskapet så seg helt nødt til å jobbe gjennom behandlingsperioden. Fokuset hans i denne tiden var å legge til rette for at selskapet i minst mulig grad skulle være avhengig av hans arbeidsinnsats for at det skulle kunne driftes. På denne måten kunne han sikre inntektene han hadde slik at familien ikke skulle lide for store økonomiske tap på grunn sykdommen.

Et annet kjennetegn ved jobben som har en innvirkning på den ansattes nærvær er graden av brukerkontakt, som for eksempel elever, pasienter eller kunder. En kvinnelig rådgiver i skolen mente at hun klarte å jobbe gjennom store deler av behandlingsperioden fordi jobben innebar relativt lite kontakt mot elevene. Hun beskrev det å undervise som langt mer krevende. Kombinasjonen av den mentale tilstedeværelsen som kreves i kontakten med og ansvaret for elevene og den manglende muligheten til å trekke seg tilbake, bidrar til å gjøre det krevende å være lærer.

Stor kontaktflate mot andre mennesker utgjør også en økt fare for infeksjon, noe kreftpasienter må ta spesielt hensyn til. Cellegiften bryter ned kroppens immunforsvar og pasienten må være frisk for at cellegift skal kunne gis. Å ha tett kontakt med mennesker i forbindelse med arbeidet utgjør derfor en risiko for smitte.

Arbeidsgivers mulighet for å skjerme den ansatte fra smitte vil derfor inngå i vurderingen av muligheten for å jobbe. Aktuelle måter å tilrettelegge på kan være å få plass på eget kontor istedenfor å sitte i et kontorlandskap, eller å jobbe hjemmefra dersom arbeidsoppgavene tillater det. En IT-konsulent fikk f.eks. flytte fra kontorlandskap til eget kontor da hun startet med cellegift. Faren for infeksjon var også grunnen til at legen på et senere tidspunkt anbefalte henne å jobbe hjemmefra. Da hadde hun nettopp hatt et kort sykehusopphold på grunn av en infeksjon. Dette var mens svineinfluensaen var på topp, og risikovurderingene var derfor skjerpet.

For noen kan det å få andre typer arbeidsoppgaver bidra til at de kan jobbe mer. Det kan for eksempel dreie seg om å få enklere arbeidsoppgaver og mindre ansvar. En av informantene opplevde at endring i arbeidsoppgavene både bidro til at hun klarte å jobbe litt gjennom behandlingsperioden og at hun klarte å komme tilbake ganske raskt etter at behandlingen var ferdig.

Mange av informantene erfarte at formen deres var vekslende den første tiden de var tilbake i jobb. Flere fremhever muligheten for å trekke seg litt tilbake på dårlige dager som viktig for at de klarte å være på jobb i denne fasen. Informantene forteller om ulike måter å trekke seg tilbake på. For en kvinnelig rådgiver dreide det seg om å kunne lukke døra på kontoret for på den måten å signalisere til de andre at hun ikke ønsket å bli forstyrret.

En mannlig konsulent sørget for at andre tok seg av kundebesøkene slik at han kunne få mer kontortid. Mulighetene til å trekke seg tilbake er imidlertid ikke like

store i alle yrker. Å jobbe i barnehage, skole, helsesektoren eller med kundebehandling innebærer kontakt med andre store deler av dagen. En lærer med en dårlig dag kan ikke la elevene være alene.

En lærer i barneskolen opplevde at barna trodde hun var sint de gangene hun hadde smerter. For henne var det ikke noe alternativ å unngå kontakt med elevene. Hun håndterte situasjonen med å fortelle barna at hun følte seg dårlig og opplevde at de tok hensyn til det. Arbeidet med etterarbeid og forberedelser kan gi lærerne en mulighet til å trekke seg tilbake, og dersom skoleledelsen tillater det, kan læreren bestemme hvor og når dette skal gjøres. For noen vil manglende mulighet til å trekke seg tilbake oppleves som så krevende at det reduserer muligheten deres til å være på jobb.

Mens dobbelt bemanning kan bidra til at kreftrammede kommer raskere tilbake i jobb, kan mangelen på slike muligheter bidra til at de kommer senere tilbake i jobb. En ansatt som jobbet i en liten bedrift vurderte det som best for bedriften at hun var 100 prosent sykmeldt mens vikaren var der. Hun visste at det ikke var mulig å få en vikar i noe annet enn full stilling, og da ville hennes graderte arbeidsnærvær være en ekstra økonomisk belastning for arbeidsgiveren. Arbeidstakerens «ansvar» for bedriftens økonomi bidro til at hun ventet med å komme tilbake til jobben til hun kunne jobbe fullt.

En selvstendig næringsdrivende konsulent opplevde at kundene senket kravene til ham den første tiden etter at han var tilbake, uten å redusere betalingen. For ham bidro dette til å opprettholde inntekten og at han slapp å være sykmeldt.

Hvis jeg hadde vært snekker vet jeg ikke hva jeg hadde gjort. Jeg har noen lojale kunder som så litt mellom fingrene med hvor lenge jeg var hos dem.

Noen har opplevd at arbeidsgiver ikke har hatt anledning eller vært villig til å justere kravene eller legge til rette når de har kommet tilbake etter kreftdiagnosen. Det kan oppleves som en umulig situasjon for arbeidstakeren hvis de føler at de ikke mestrer jobben. Inntrykket vårt er at arbeidsnærværet reduseres når arbeidstaker opplever at arbeidet er for krevende i forhold til deres kapasitet. Noen arbeidstakere kan se seg nødt til å avslutte arbeidsforholdet, andre forblir sykmeldt fram til de mestrer jobben uten tilrettelegging, eller til arbeidsforholdet blir avsluttet av arbeidsgiver. Motsatt virker det fremmende på arbeidstakers nærvær når arbeidsgiver legger til rette. Mange av informantene som fikk tilrettelagt arbeidssituasjonen klarte å yte for fullt igjen etter hvert.

En kvinne som jobbet med å betjene et sentralbord var sykmeldt i ett år etter å ha gjennomgått en kraftig cellegiftkur etterfulgt av strålebehandling. I starten fikk hun lov til å gjøre det hun klarte, og gå hjem når hun følte hun måtte det. Etterhvert merket hun imidlertid at både hukommelsen og konsentrasjonsevnen var sterkt redusert etter behandlingen og forsto til slutt at hun ble syk av å jobbe der. Hun opplevde arbeidsplassen som for stressende for henne i den situasjonen hun var i, og antok at det ikke kom til å endre seg. Hun løste situasjonen med å be arbeidsgiver om å si henne opp slik at hun kunne gå over på trygdeytelser.

4.4 Arbeidsmiljø

Betydningen av kommunikasjon og arbeidsmiljø

Kommunikasjonen med arbeidsgiver er viktig for den ansattes vei tilbake i jobb. De fleste av informantene hadde jevnlig kontakt med arbeidsgiveren mens de var sykmeldt, men kvaliteten på kontakten varierte. Noen har kun hatt telefonkontakt, mens andre har besøkt arbeidsplassen, eller fått besøk av kollegaer i løpet av sykeperioden. De fleste opplevde at arbeidsgiver var oppriktig opptatt av å vise omsorg og omtanke.

En av informantene opplevde at arbeidsgiver kun ringte når de lurte på noe i forbindelse med arbeidsoppgavene hennes. Flere av informantene sier de bevisst gikk inn for å ha en åpen kommunikasjon med kollegaer og opprettholdt kontakt med arbeidsplassen gjennom hele sykefraværsperioden. Andre har hatt behov for å slippe å ha kontakt med arbeidsplassen.

Å ha jevnlig kontakt med arbeidsplassen har hatt flere positive effekter for informantene. Noen fortalte at de hadde kviet seg til å komme tilbake, men at den jevnlige kontakten de hadde hatt med arbeidsplassen, bidro til å gjøre det enklere. Inntrykket vårt er også at jevnlig og åpen kommunikasjon med de nærmeste kollegaene bidrar til å øke forståelsen for den kreftrammedes tilstand. En informant sier at hun ønsket å holde de nærmeste kollegaene mest mulig orientert om utviklingen i tilstanden hennes, for å få bedre forståelse fra dem i situasjoner hun ikke maktet å prestere for fullt. Gjennom å være åpen om hvordan hun hadde det, forsøkte hun å bidra til at omgivelsene justerte forventningene i tråd med den kapasiteten hun hadde. Hun fortalte at:

All informasjonen som jeg har gitt til kollegaene har gjort at jeg har sluppet å gå og ha dårlig samvittighet og lure på om jeg gjør for lite.

De fleste informantene forteller at de har vært åpne om sykdommen på jobben, men at det først og fremst er de nærmeste kollegaene som har vært godt informert. De færreste har følt det naturlig å gi mye informasjon til mer perifere kollegaer.

Arbeidsmiljøet synes også å være viktig for hvordan en del av de kreftrammede opplevde det å komme tilbake på jobb. Som vi skal se i kapittel 6 og 7 spiller leder og kollegaer en viktig rolle. Noen av informantene beskriver arbeidsmiljøet på jobben som åpent, varmt og inkluderende. Andre beskriver det som dårlig og med fravær av vilje til å vise imøtekommenhet og forståelse. Noen beskriver arbeidsmiljøet som preget av konkurranse, noe som for enkelte har bidratt til at tilbakekomsten på jobben har blitt tøff.

En informant kom tilbake på jobb på et tidspunkt da virksomheten gjennomførte en omorganisering og nedbemanning. Hun fikk en ny sjef hun ikke kjente fra før. Hun opplevde det som vanskelig å få vist fram hvem hun egentlig var og hvilken kompetanse hun hadde. Hun følte at lederen behandlet henne som en hun helst ikke ville ha i sin avdeling. Dette bidro til å gjøre arbeidssituasjonen hennes krevende.

Flere forteller at de følte seg usikre da de kom tilbake i jobb. Kroppen og hodet føltes annerledes og flere forteller at de var i tvil om hvor godt de ville klare å utføre jobben. Å møte kollegaer som tror på en når en selv er i tvil om egne evner,

er for mange svært viktig. Noen beskriver det som avgjørende for at de til slutt klarte å komme fullt tilbake i jobb.

En av informantene fremhever dette på denne måten:

I vår avdeling er vi relativt godt voksne alle sammen – alle har litt å dra på – så vi er vant til å forholde oss til at vi må støtte hverandre på forskjellige måter. En kultur for det å ta vare på hverandre.

En av informantene gir følgende beskrivelse av sin tilbakekomst til arbeidet:

Jeg føler at kravene som er satt i jobben har vært mulige å leve opp til. Jeg har lært meg å identifisere hva som kan skape stressreaksjoner i meg. Jeg kan si fra hvis det skjer, jeg har eget kontor og kan lukke døra. Det er et signal til de andre om at de ikke må mase.

4.5 Sykepengeordningen

For de fleste informantene vi har snakket med har det tatt tid å komme seg i form etter at behandlingsforløpet er over. Hvor lang tid det har tatt varierer. Noen få av informantene rakk å komme tilbake i jobb i løpet av sykepengeperioden, men de fleste gikk ut hele sykepengeperioden. For en del av dem bidro utløpet av sykepengeperioden til at de gikk tilbake til arbeidet selv om de egentlig ikke følte at de var klare for det. Noen gikk helt eller delvis over på AAP.

Informantene vi har snakket med har vært opptatt av å sikre jobben og inntekten sin. Flere av informantene fortalte at de ikke anså det som et mulig alternativ å gå over på AAP. Inntektsreduksjonen som følger med overgangen til AAP ville bli for stor. Flere sier også at det å unngå å bli trygdet i seg selv ble en viktig drivkraft for å komme seg tilbake i jobb. Det å bli «trygda» gir et stigma hos omgivelsene som kan forverre mulighetene for å komme tilbake i jobb.

Mange hadde også en forventning om og følte et stort ansvar for å kunne yte 100 prosent når sykepengeperioden var over og de var tilbake i arbeid. En del av disse plages imidlertid av dårlig samvittighet og en skyldfølelse ovenfor arbeidsgiver og kollegaer når de ikke makter å yte like mye som de gjorde før de ble syke med en gang. Noen stiller seg spørsmålet om de burde overlate stillingen til en med bedre arbeidsytelse.

Når en ansatt er sykmeldt ut over sykepengeperioden har ikke arbeidsgiver lenger plikt til å opprettholde arbeidsforholdet (se 3.3). Flere av informantene sier de kjenner noen som har mistet jobben sin fordi de ikke klarte å komme tilbake etter en lang sykdomsperiode. Noen sier de har vært redde for å miste jobben og at de av den grunn gjorde alt de kunne for å komme tilbake på jobben før sykepengeperioden gikk ut. For andre var ikke dette et tema fordi arbeidsgiveren hadde en uttalt personalpolitikk om å opprettholde arbeidsforholdet lengre.

Etter at sykepengeperioden har gått ut, må ansatte jobbe i 6 måneder for å opparbeide seg nye sykepengerettigheter. Dette er også med på å gjøre at noen anstrenger seg ekstra hardt for å komme tilbake til jobb før sykepengeperioden har gått ut. Noen har en annen sykdom som gjør at det er ekstra viktig å ha rett til sykepenger. Det å bli stående uten sykepengerettigheter oppleves som veldig utrygt.

Inntrykket vårt fra intervjuene er at de som klarer det, presser seg tilbake til jobb når sykepengeperioden er over. De begrunner dette med at de heller vil være sliten på jobb enn å gå over på AAP. Mange klarer det ved å legge opp til en tilværelse bestående av jobbing og soving, mens alt annet prioriteres ned. Det er imidlertid ikke alle som ser det mulig å komme tilbake i jobb etter ett år. For de som har hatt sykmelding i forkant av kreftdiagnosen, kan dette bli ekstra vanskelig.

Flere har tatt i bruk det de har av ferier og opparbeidet avspasering for å forlenge muligheten til å være hjemme til tross for at sykepengeperioden er over. En av informantene fortalte følgende:

Jeg gjorde alt jeg kunne for å utsette datoen. Jeg tok ferien fra året jeg var sykmeldt og overførte en del av det. Jeg tok det ut som fridager slik at jeg slapp å jobbe hele dager. Jeg brukte to ferier som buffer for å slippe å være sykmeldt. På denne måten forlenget jeg perioden så jeg slapp å jobbe fullt.

Noen har også forsøkt å forberede seg på at sykepengeperioden kunne bli for knapp ved å vente lengst mulig med å bli sykmeldt under behandlingsperioden. En av informantene tok ut avspasering og brukte egenmeldinger den første tiden med behandling. Hun hadde blitt rådet til å drøye lengst mulig før hun tok ut sykepengedager. I ettertid har hun tenkt at det var negativt for henne å presse seg så mye i en sykdomsperiode. Samtidig var det viktig for henne å ikke gå ut over sykepengeperioden og hun mente hun ikke ville klart det hvis hun ikke gjorde det slik.

5 Registeranalysen

I dette kapitlet presenterer vi funnene fra registeranalysen. Analysen er delt i tre deler. Først går vi gjennom hvem det er som får kreft mens de er i arbeid, det vil si kjennetegn ved personene og kreftsykdommen (kapittel 5.2). Deretter beskriver vi de kreftrammedes arbeidstilknytning, sykefravær og trygder, og viser bivariate sammenhenger mellom kjennetegn ved kreftsykdommen og de kreftrammede på den ene siden og mengde sykefravær og arbeidstilknytning over tid på den andre (kapittel 5.3).

Videre belyser vi enkelte problemstillinger knyttet til sykepengeregelverket (kapittel 5.4), før gjennom tre regresjonsanalyser viser hvordan sykefravær, arbeidstilknytning og bruk av arbeidsavklaringspenger henger sammen med de ulike kjennetegnene ved individene og sykdommen. Vi starter imidlertid med en oppsummering av resultatene.

5.1 Oppsummering

I perioden 2000 - 2012 var det hvert år fra i underkant av 5000 til nærmere 7000 arbeidstakere som fikk kreft for første gang. Basert på registerdata har vi undersøkt hva som kjennetegner disse personene og kreftsykdommen, hvor mye sykefravær de hadde, og hvilket forløp av arbeidstilknytning og trygd de hadde etter at de fikk kreftdiagnosen. Vi har både gjennomført bivariate analyser og regresjoner. Vi oppsummerer her hovedfunnene.

Hvor mye sykefravær?

De fleste arbeidstakere som får kreft blir sykmeldt, og noen av dem har også vært sykmeldt en stund før de får diagnosen. I underkant av 10 prosent av de kreftrammede hadde ikke noe sykefravær hverken i forkant eller i etterkant av kreftdiagnosen. 20 prosent hadde et fravær på inntil tre måneder (samlet i forkant og innen to år etter diagnosen). Omtrent 15 prosent var sykmeldt i henholdsvis 3-6, 6-9 og 9-11 måneder. Nesten 30 prosent av de kreftrammede fikk arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene etter at de fikk diagnosen (dvs. har hatt mer enn ett år med sykefravær).

To år etter diagnosetidspunktet var nesten 60 prosent av de kreftrammede tilbake i arbeid uten sykmelding (blant de som ikke var døde eller hadde gått av med alderspensjon på dette tidspunktet). I overkant av 10 prosent var sykmeldte, 15 prosent hadde AAP og 7 prosent uførepensjon.

Kjønn og alder

Det er både kjønns- og aldersforskjeller i mengde sykefravær, overgang til AAP og retur til arbeid blant de kreftrammede. Når vi ser på de bivariate sammenhengene, finner vi at kvinner har lengre sykefravær, oftere får AAP, og en lavere andel av dem er i jobb to år senere, enn menn. Aldersforskjellene er mindre, men gruppa 40-49 år har lengst sykefravær, og blant de aller eldste er det en lavere andel som er tilbake i jobb etter to år. Dette gjenspeiler trolig at noen har gått av med tidligpensjon (som vi ikke har informasjon om).

Vi vet at det er store kjønns- og aldersforskjeller i hvilke krefttyper som er vanlig, og dermed også hvilke behandlingsmåter som dermed går igjen. Videre er det store forskjeller mellom menn og kvinner i hva slags arbeid de har, og dermed trolig muligheten for å tilpasse en arbeidssituasjon etter helse og behandlingsløp. Disse forholdene har trolig stor betydning for sykefravær og senere arbeidstilpasning.

I regresjonene hvor vi har kontrollert for krefttype og behandlingsformer, finner vi fremdeles noe forskjeller i fravær og senere arbeidstilknytning blant menn og kvinner. Forskjellen i gjennomsnittlig fravær når vi også kontrollerer for yrke, er imidlertid liten. Det er likevel en større andel av kvinnene enn av mennene som får AAP i løpet av de to årene, og en noe lavere andel som er tilbake i jobb etter to år.

Vi finner at de yngste og eldste har kortest fravær - alt annet likt, og de yngste får sjelden AAP. Når det gjelder retur til arbeid har alder ulik betydning for menn og kvinner: Blant menn er hovedmønsteret at det er færre som returnerer til jobb jo eldre de er, mens blant kvinner er det de eldste og gruppa 30-39 år som i minst grad er tilbake i jobb etter to år.

Krefttype og behandling

De vanligste typene kreft blant arbeidstakere er brystkreft, kreft i mannlige kjønnsorganer, kreft i fordøyelsesorganer, samt føflekk- og hudkreft. De vanligste krefttypene varierer med andre ord en god del mellom menn og kvinner, siden de to vanligste diagnosene kun forekommer for ett av kjønnene.²⁴

Blant behandlingstyper og kombinasjoner av behandlingstyper er det flest som kun får kirurgi, etterfulgt av kirurgi og strålebehandling. En del får også kirurgi, kjemoterapi og strålebehandling. Behandlingsformer varierer naturlig nok mye med krefttype. Føflekk- og hudkreft og kreft i urinorganer er to krefttyper som nesten utelukkende blir behandlet med kirurgi. Dette er sjelden tilfelle for den aller vanligste krefttypen - brystkreft, som oftest behandles med en kombinasjon av kirurgi og strålebehandling og/eller kjemoterapi.

Sammenhengene mellom diagnose og behandling på den ene siden og sykefravær/arbeidstilpasning på den andre er trolig flere. Det er en korrelasjon mellom krefttype og alvorlighetsgrad - hvor syk man i "gjennomsnitt" blir. Videre kan behandlingsformer være en konsekvens av alvorlighetsgrad, og i tillegg i seg selv medføre mer eller mindre sykefravær, både på grunn av bivirkninger og ulik varighet av behandlingen.

De bivariate analysene viser at det er store variasjoner i fravær avhengig av krefttype. I den ene enden av skalaen finner vi føflekk- og hudkreft, der 30 prosent ikke har sykmelding i løpet av de to første årene i det hele tatt. Det samme gjelder 15 prosent av de med kreft i mannlige kjønnsorganer, mens dette så å si ikke forekommer blant de andre krefttypene. I den andre enden av skalaen finner vi kreft i pusteorganer, sentralnervesystem og brystkreft, hvor så mye som 40-50 prosent får AAP i løpet av to år (dvs. mer enn ett år sykmelding).

²⁴ Med unntak av at noen få menn får brystkreft.

Når vi kontrollerer før kjønn, alder, behandling mv. i regresjonene, finner vi at arbeidstakere med kreft i pusteorganer og fordøyelsesorganer har mest sykefravær de første to årene, og de med føflekk- og hudkreft har minst. For menn er det i tillegg slik at kreft i mannlige kjønnsorganer medfører relativt lite sykefravær, og blant kvinner medfører brystkreft omtrent like mye fravær som kreft i fordøyelsesorganer når vi kontrollerer for yrke. De fleste variasjonene vi finner i sykefravær etter krefttype finner vi også når det gjelder overgang til AAP og andelen som er tilbake i jobb etter to år.

Videre finner vi at i den gruppa som bare får kirurgisk behandling, er det minst sykefravær, færrest som får AAP, og flest som er i jobb etter to år. Blant de som får kjemoterapi og kjemoterapi kombinert med strålebehandling har nesten halvparten fått AAP i løpet av to år. I regresjonene har vi undersøkt om betydningen av behandlingsform holder seg når vi kontrollerer for krefttype, kjønn, mv. Her har vi sett på effekten av én og én behandlingsform (som kan forekomme i kombinasjon med de andre). Vi finner at den isolerte effekten av kjemoterapi er særlig stor: Kvinner har i gjennomsnitt tre måneder lenger sykefravær og menn 2,5 måneder lenger hvis de får kjemoterapi relativt til om de ikke får det, og det er en svært høy andel som får AAP, mens det er lavere andel som er tilbake i jobb to år etter.

Yrke/næring og inntekt

Selv om egenskaper ved kreften og behandlingen er viktig, har også kjennetegn ved arbeidsplassen betydning for retur til arbeid, lengde på sykefravær og andelen som går over på arbeidsavklaringspenger.

I de bivariate analysene finner vi at det var under 20 prosent av de kreftrammede med lederstillinger som fikk AAP i løpet av de første to årene. I den andre enden av skalaen gjaldt det over 40 prosent av de som jobbet i yrker uten spesielle krav til utdanning. I regresjonene finner vi noe ulik "rangering" av yrkene for menn og kvinner, men generelt gjelder:

Følgende yrkesgrupper har relativt lite sykefravær, lite overgang til AAP, og relativt mange tilbake i jobb etter to år:

- ledere
- akademiske yrker
- høyskoleyrker
- kontor og kundeservice

Følgende yrkesgrupper har relativt mye sykefravær, mye overgang til AAP, og relativt få tilbake i jobb etter to år:

- yrker uten spesielle krav til utdanning
- prosess- og maskinoperatører/transport
- salgs-, service- og omsorgsykker

Forskjellene kan ha flere årsaker. For det første kan det være forskjeller i fleksibiliteten på arbeidsplassen, slik som når og hvor man kan jobbe. Innen yrker der man har direkte kontakt med kunder eller brukere ser det ut til å være lengre sykefravær og en lavere andel som returnerer til arbeid. Dette er yrker der man i mindre grad kan bestemme arbeidstempo selv, og hvor det å være halvveis til stede er vanskelig. De kvalitative intervjuene støtter opp under betydningen av

denne problemstillingen. Den andre dimensjonen handler om hvor fysisk arbeidsplassen er. Yrker der fysikk, eller fysisk arbeid er gjennomgående, har høyere fravær enn yrker som for eksempel foregår på kontor.

Vi fant også at inntektsnivået hadde betydning for sykefravær og arbeidstilpasning etter kreftdiagnosen. Dette kan dreie seg om flere sammenhenger: Inntekt er en indikator på sosioøkonomisk status, som vi vet har betydning for helse. Høy inntekt kan også være en indikasjon på stort ansvar i jobben (ut over det vi fanger opp med yrke), og en sterk tilknytning til arbeidslivet over tid, noe som "beskytter" mot fravær. Videre betyr inntekt noe for insentivene og rettighetene når det gjelder ytelser.

Sykepengeregelverket og kreftrammede

Vi har analysert hvordan regelverket for sykepenger slår ut for kreftrammede arbeidstakere når det gjelder varigheten av sykepengeperioden (ett år) og det at en sykepengedag teller som én dag, selv om arbeidstakeren har gradert sykmelding. Vi fant at nesten 20 prosent av de som i dag får AAP ville "holdt seg innenfor" sykepengeperioden dersom deres graderte dager ble talt som graderte og ikke hele dager. Dette gjelder dersom en slik regelendring ikke endrer de sykmeldtes atferd. Det er sannsynlig at en regelverksendring ville føre til at flere ønsket å arbeide noe under sykefraværet.

Videre har vi undersøkt om det er mange som etter å ha gått ut sykepengeperioden returnerer til jobb, for å jobbe ganske nøyaktig 26 uker (hvorpå de igjen kan få sykepenger). En slik tilpasning kan tyde på at man "tvinger seg tilbake til jobb" på grunn av de relativt store økonomiske konsekvensene av å gå over på AAP. Vi finner at mye tyder på at dette skjer, men at det trolig ikke gjelder noen stor gruppe.

Konklusjon

Selv om vi finner at type kreft og behandlingsform har størst betydning for sykefraværet, overgang til AAP og retur til arbeid blant kreftrammede arbeidstakere, viser variasjonen mellom yrker at det er et potensiale for å legge bedre til rette slik at flere kan jobbe noe.

En endring i regelverket, slik at gradert sykmelding gir en forlengelse av den perioden en person kan motta sykepenger, kan også bidra til at flere jobber noe mens de er sykmeldt.

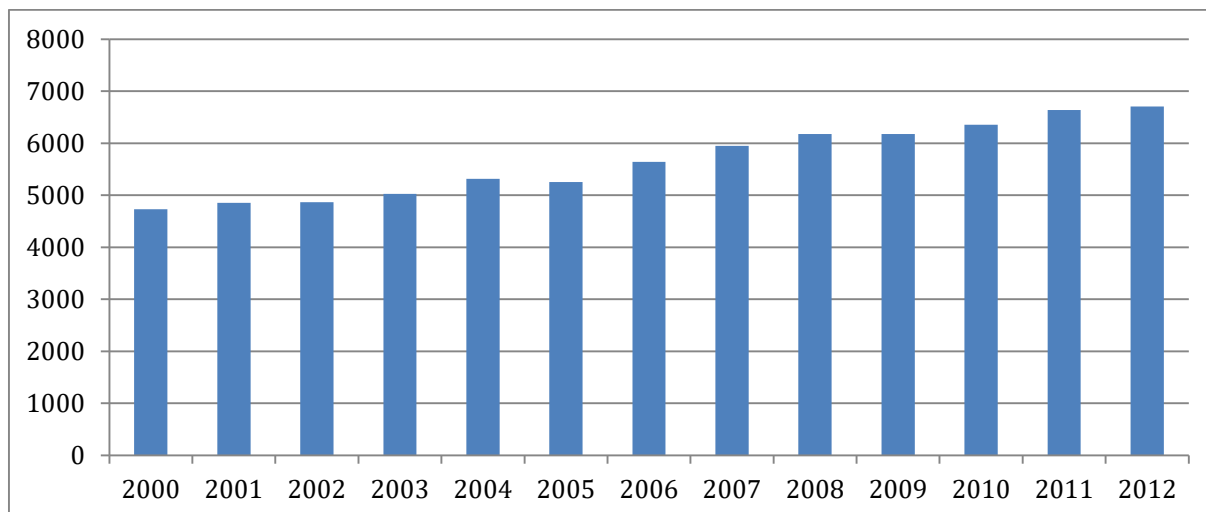
I det følgende presenterer vi de enkelte analysene i detalj.

5.2 Hva kjennetegner arbeidstakere som får kreft?

Vi viser her kjennetegn ved personer som fikk kreft mens de var i arbeid i perioden 2000 til 2012. Dette er altså bare personer som var registrert med et arbeidsforhold da de fikk kreftdiagnosen, og som ikke samtidig hadde uførepensjon eller arbeidsavklaringspenger. Som det går fram av *Figur 5.1* har det vært en økning i krefttilfeller over tid, fra i underkant av 5000 i året i 2000 til nesten 7000 personer

i 2012. Økningen har trolig flere årsaker. For eksempel har det blitt flere innbyggere i Norge, og det har også vært en økning i de eldste aldersgruppene som er mer utsatt for kreft enn yngre. I tillegg er det noen kreftformer som har blitt vanligere, blant annet på grunn av livsstilsendringer. Til slutt og sannsynligvis viktigst, har det blitt innført screeningprogrammer i perioden. For eksempel ble mammografiprogrammet (screening for brystkreft) landsdekkende i 2004.

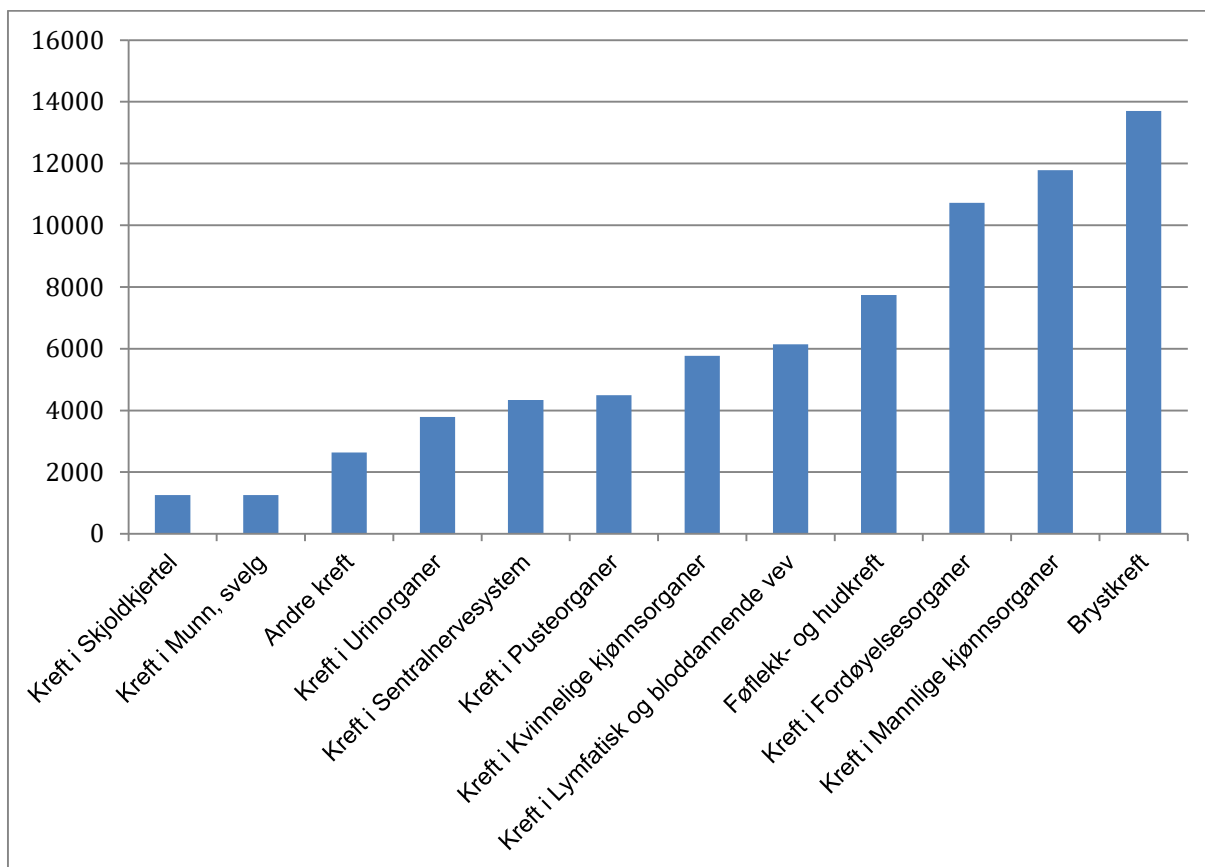
Figur 5.1 *Antall arbeidstakere som fikk kreft per år*



5.2.1 Diagnose

Når vi deler inn de nye krefttilfellene i diagnosegrupper, er det relativt store forskjeller i antall tilfeller mellom diagnosene (se Figur 5.2). Selv om brystkreft nesten bare rammer kvinner, er brystkreft den vanligste kreftformen blant arbeidstakere. Deretter kommer kreft i mannlige kjønnsorganer, kreft i fordøyelsesorganer og føflekk- og hudkreft. De minst vanlige formene er kreft i skjoldkjertel og kreft i munn og svelg. Forskjellene avspeiler både den generelle forekomsten av kreftformene i befolkningen, og at noen krefttyper er vanligere å få i arbeidsfør alder enn andre.

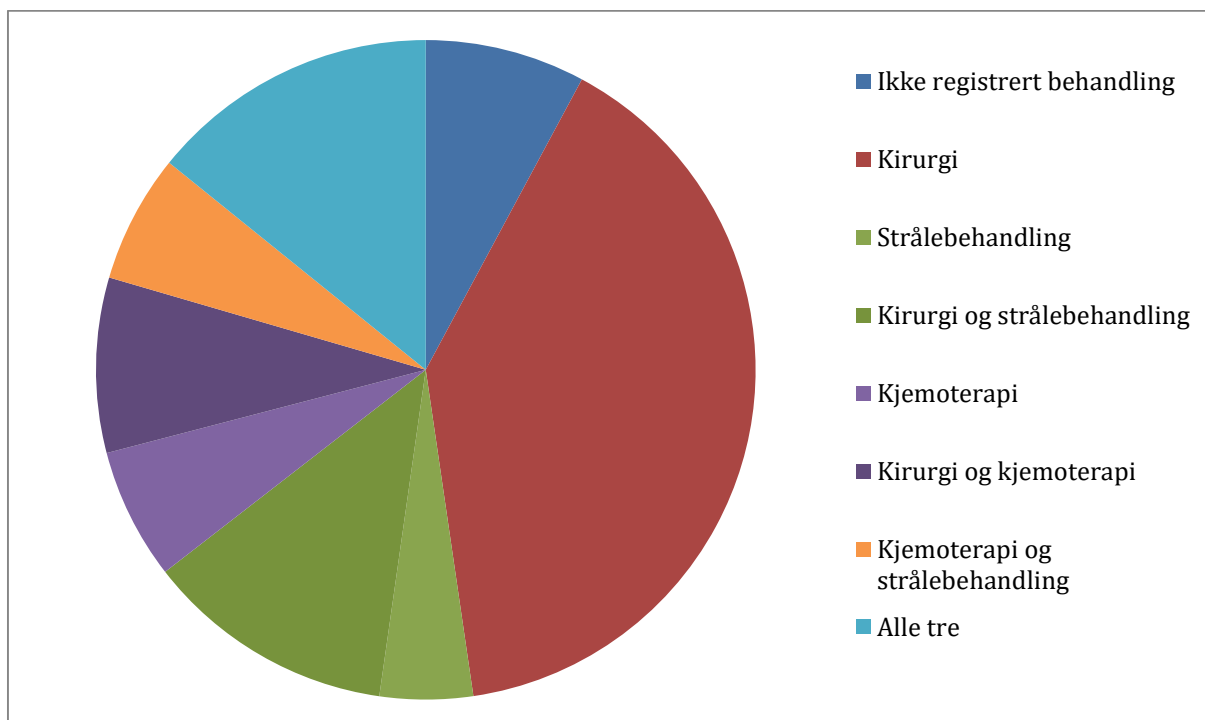
Figur 5.2 *Antall arbeidstakere som fikk hver av kreftdiagnosene i perioden 2000-2010*



5.2.2 Behandling

Behandlingsmåte registreres i Kreftregisteret. Vi har informasjon om tre hovedtyper behandling: kirurgi, kjemoterapi (cellegift) og strålebehandling. Dessverre er det usikre data for en relativt stor andel personer. Særlig er det en god del personer vi ikke vet om har fått strålebehandling eller kjemoterapi. For de personene hvor vi kjenner til behandlingen, er det flest som har fått kirurgiske inngrep, fulgt av strålebehandling og så kjemoterapi. I tillegg er det vanlig å kombinere flere av behandlingsformene. Figur 5.3 viser fordelingen.

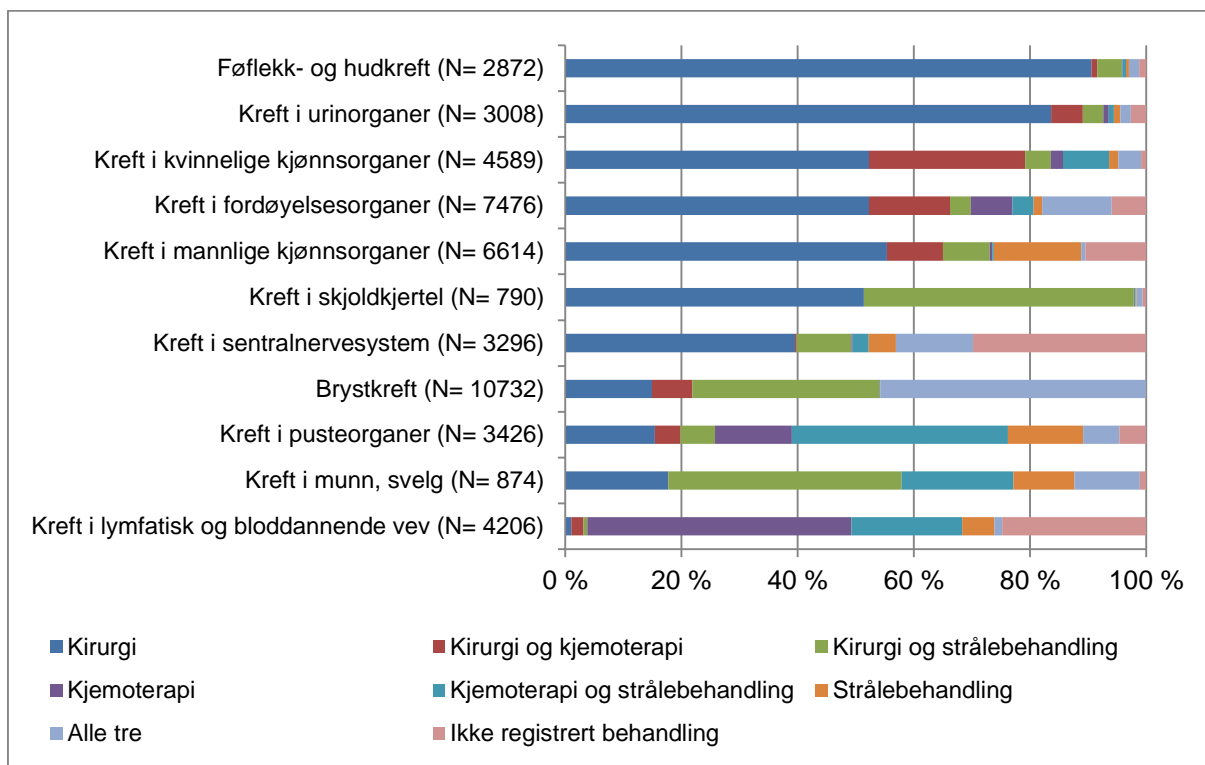
Figur 5.3 Behandlingsformer blant arbeidstakere som fikk kreft i perioden 2000-2012 (N= 49 688)



5.2.3 Behandling og krefttype

I Figur 5.4 viser vi hvordan behandlingsform varierer med krefttype. Vi ser at det er svært stor variasjon i hvilke typer behandlinger og behandlingskombinasjoner som blir gitt avhengig av krefttype. Mens føflekk- og hudkreft nesten bare blir behandlet med kirurgi, er bruken av kjemoterapi (cellegift) og strålebehandling vanligere for andre kreftformer.

Figur 5.4 Behandlingsformer etter krefttype blant arbeidstakere som fikk kreft i perioden 2000-2012

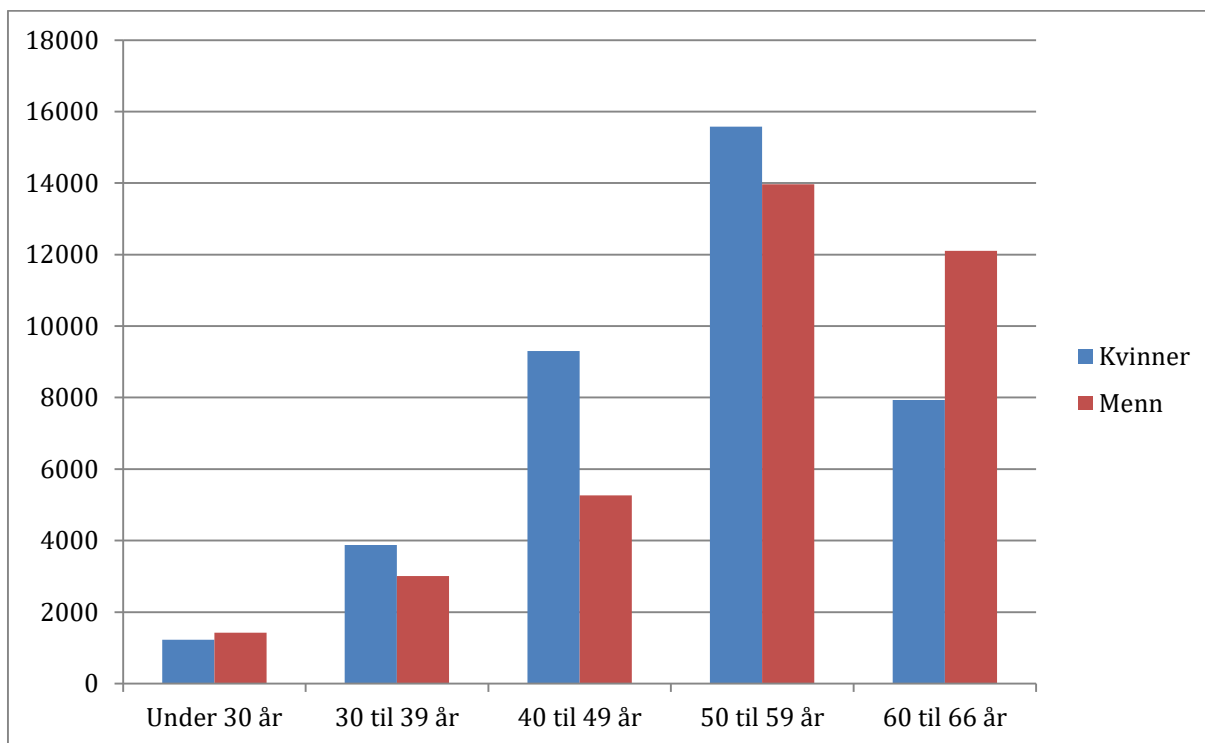


5.2.4 Alder

Det er en tydelig overvekt av personer over 50 år blant arbeidstakere som får kreft. Dette skyldes at kreft er mest vanlig i høyere alder. Av Figur 5.5 kan det se ut som at det er mindre vanlig å få en kreftdiagnose blant arbeidstakere over 60 år enn i gruppa 50 til 59. Årsaken er imidlertid at den eldste aldersgruppa kun inkluderer sju årskull. Generelt er det færre arbeidstakere som får kreft jo yngre de er.

Det er en svært lik andel menn og kvinner blant arbeidstakere som får kreft. Alderssammensetningen blant kreftrammede menn og kvinner er imidlertid forskjellig. Vi ser at kvinner i mye større grad enn menn får kreft i alderen 40 til 49 år, mens det er en overvekt menn i aldersgruppa 60 til 66 år. Sannsynligvis er dette knyttet til ulikhet i når de to mest vanlige kreftformene rammer: Mens brystkreft rammer yngre kvinner, er kreft i mannlige kjønnsorganer, og særlig prostatakreft, en type kreft som oftest rammer eldre menn.

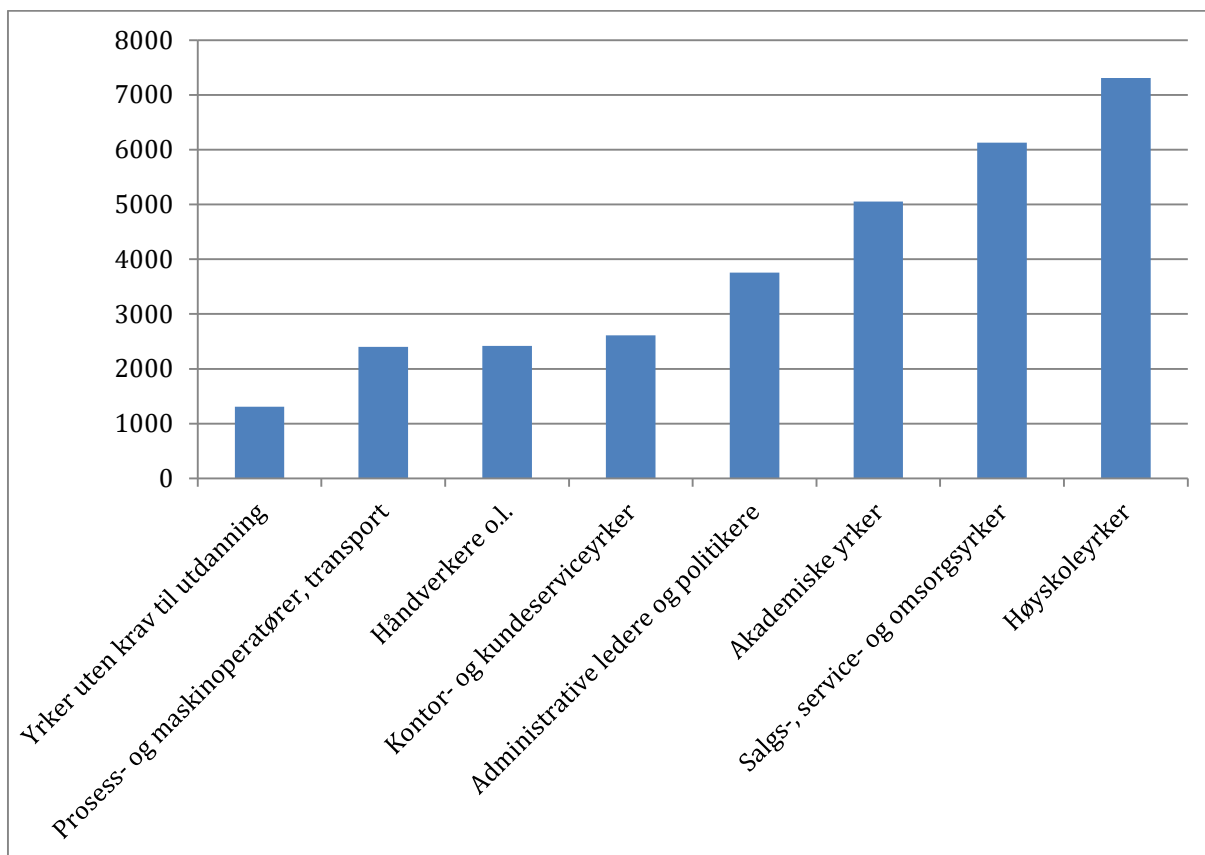
Figur 5.5 *Kjønn og alder ved diagnosetidspunktet blant arbeidstakere som fikk kreft i perioden 2000-2012*



5.2.5 Yrker

Om vi deler inn de kreftrammede arbeidstakerne etter yrke, ser vi at det er flere i noen yrkesgrupper enn i andre (Figur 5.6). Dette avspeiler at noen yrkesgrupper er større enn andre blant sysselsatte generelt. Vi har bare informasjon om yrke fra og med 2005, men de første årene er det svært mange som mangler denne informasjonen. I figuren har vi derfor valgt å bare ta med personer som fikk kreftdiagnosen fra og med 2008. Det er en stor andel av de arbeidstakerne som får kreft som jobbet innen høyskoleyrker og salgs-, service- og omsorgsykker. Ellers er det svært få i jordbruk og i militæret, og en lav andel som har yrker uten spesielle krav til utdanning.

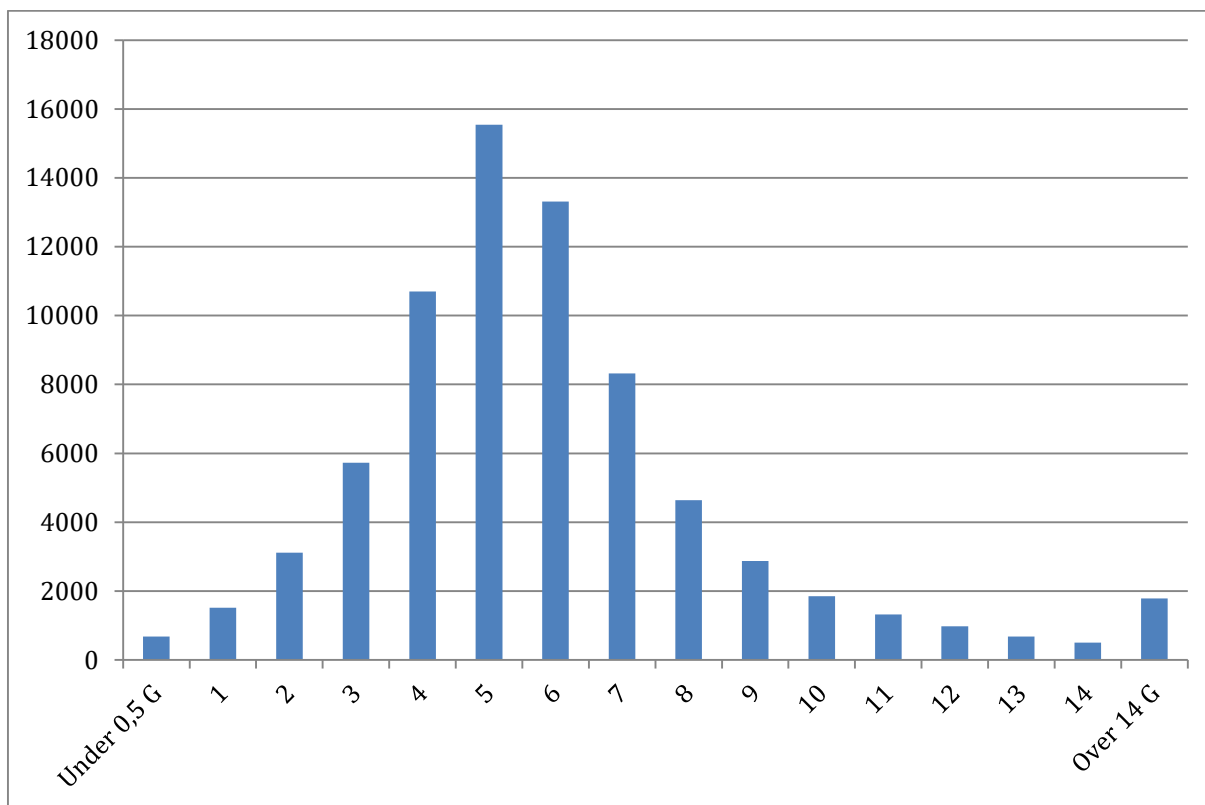
Figur 5.6 Yrke ved diagnosetidspunktet blant arbeidstakere som fikk kreft i perioden 2008-2012



5.2.6 Inntekt

I Figur 5.7 viser vi årsinntekten i det året personene fikk en kreftdiagnose i antall grunnbeløp (G). Dette gir et bedre mål på reallønnen enn den nominelle inntekten, samtidig som vi kan vurdere inntektstapet som følge av sykmeldinger og arbeidsavklaringspenger. Fra Folketrygden dekkes inntekt bare opp til seks G for sykepenger og 66 prosent av seks G for arbeidsavklaringspenger. Arbeidstakere som tjener over seks G taper altså mer enn andre på å bli sykmeldt. Det er vanlig i mange bedrifter, og særlig i offentlig sektor, å dekke differansen for sykepenger, men etter det vi vet er det ikke vanlig for arbeidsavklaringspenger. Vi ser av figuren at hovedvekten av arbeidstakerne som får kreft tjener mellom fire og sju G, det gjelder 65 prosent av alle. Det er i tillegg en viss andel som tjener mer eller mindre enn dette.

Figur 5.7 Årsinntekt i antall G ved diagnosetidspunktet blant arbeidstakere som fikk kreft i perioden 2000-2012



5.3 Sykefravær og arbeidstilknytning

I dette avsnittet ser vi på forløp av sykefravær og arbeidstilknytning for arbeidstakere som fikk kreft i perioden. Først tar vi for oss mengde sykefravær og situasjon over tid, før vi undersøker hvordan dette varierer mellom personer med ulike kreftformer og andre kjennetegn. Dette gir et bilde av samvariasjon mellom ulike kjennetegn ved individene på den ene siden og sykefraværet og arbeidstilknytningen på den andre. Imidlertid kan det være stor grad av samvariasjon mellom kjennetegn ved individene, som for eksempel kjønn og kreftdiagnose. Forskjeller mellom menn og kvinner kan da være forårsaket av at menn og kvinner har ulike diagnoser. Slike samvariasjoner forsøker vi å kontrollere for i regresjonene i det siste avsnittet.

5.3.1 Sykefravær og arbeidsavklaringspenger

I dagens sykepengeordning er det mulig å få sykepenger i 248 arbeidsdager i løpet av de siste 3 årene, før man har brukt opp retten til sykepenger. Om man er tilbake i jobb i 26 uker, får man på nytt rett til 248 dager med sykepenger. Siden datamaterialet ikke gir mulighet til å beregne antall arbeidsdager, benytter vi i det følgende kalenderdager (vist i kalendermåned). 248 arbeidsdager tilsvarer ett arbeidsår, og vi har valgt en grense på elleve måneder for å identifisere personer som nærmer seg utløpet av sykepengeperioden. I datamaterialet er det en

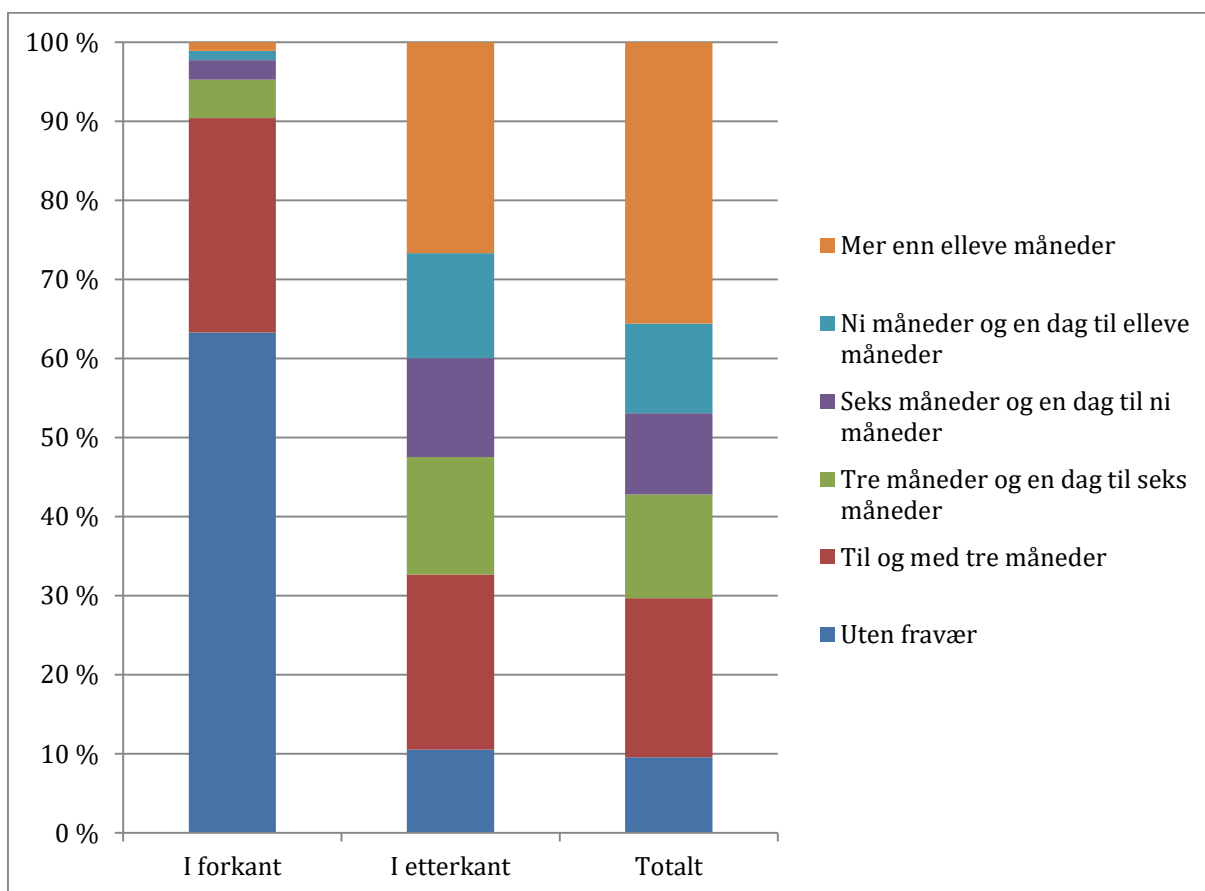
gruppe personer som er registrert med sykepenger lengre enn det som er mulig ifølge reglene. Disse regner vi med at har nådd grensa i regelverket.

I Figur 5.8 viser vi antall måneder med sykmeldinger for de kreftrammede arbeidstakerne, herunder hvor mange som når grensa for rett til sykepenger innen det er gått to år. Mange kreftsyke har vært syke også før de får diagnosen, og vi inkluderer derfor sykmeldinger før diagnosetidspunktet. "Sykefravær i forkant" er et anslag på den kreftrammedes forbruk av sykepenger på diagnose-tidspunktet (antall dager sykefravær som personen allerede har hatt i inne-værende periode, uten opphold på minst 6 måneder, og inntil tre år tilbake i tid).

Den første søylen viser at over 60 prosent av arbeidstakerne som fikk kreft ikke hadde brukt av sykepengerrettighetene da de fikk diagnosen. Nesten 30 prosent hadde hatt tre måneder eller mindre sykefravær, og omtrent ti prosent hadde hatt mer enn tre måneder sykefravær i forkant av diagnosetidspunktet. Det er altså i underkant av 40 prosent av alle arbeidstakere som får kreft som har begynt å bruke sykepengedagene allerede i forkant av at de får kreftdiagnosen, og dermed før de begynner behandlingen.

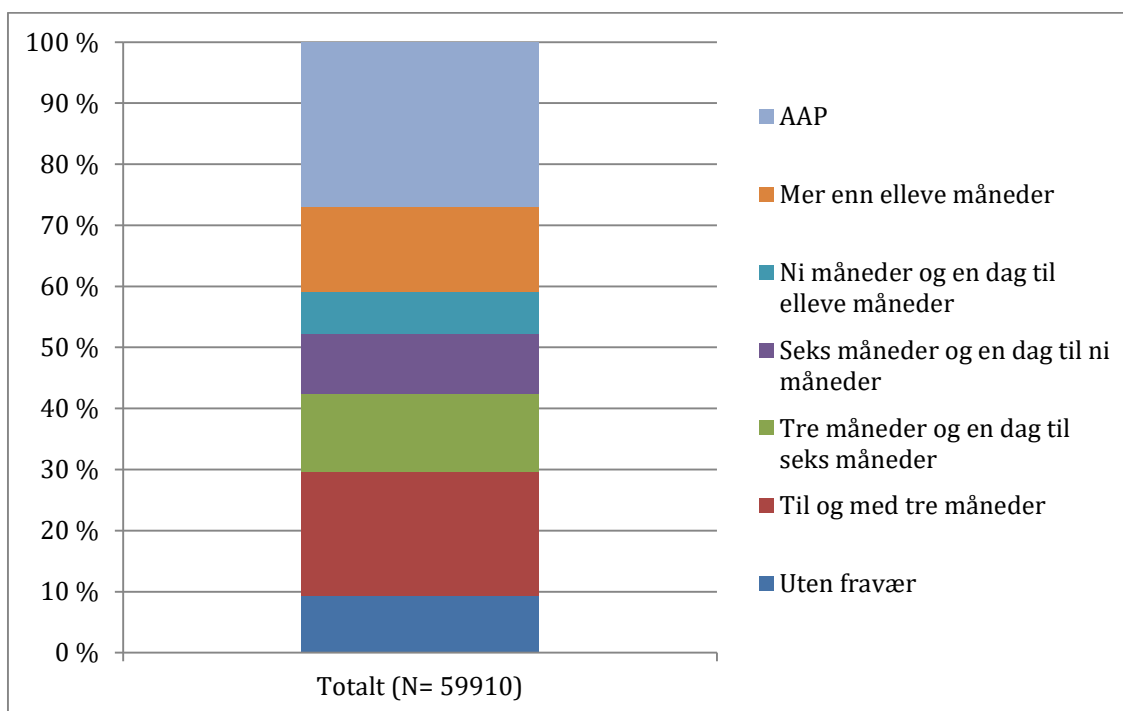
De to andre søylene viser sykefraværet *etter* diagnosedatoen og sykefraværet totalt, det vil si både før og etter diagnosetidspunktet, men innen to år etter. Det er i underkant av ti prosent av de kreftrammede arbeidstakerne som ikke har noe fravær hverken før eller etter diagnosetidspunktet. I tillegg er det 20 prosent som har et totalt sykefravær på mellom én dag og tre måneder. Mellom 10 og 15 prosent har vært sykmeldt i henholdsvis 3-6, 6-9 og 9-11 måneder. Til slutt er det omtrent 35 prosent som har mer enn elleve måneders fravær, og dermed nærmer seg utløpet av sykepengeperioden i løpet av de første to årene etter diagnosetidspunktet.

Figur 5.8 Sykefravær i forkant av diagnosetidspunkt, etterkant (innen to år etter), og totalt (N= 59 910)



I Figur 5.9 har vi skilt ut de som har fått arbeidsavklaringspenger som en egen gruppe. Vi ser at nesten 30 prosent av de krefttrammede får arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene etter kreftdiagnosen. Om vi sammenlikner Figur 5.9 med søylen "Totalt" i Figur 5.8 ser vi at det er omtrent like mange som har opp til ni måneders fravær (de fire nederste kategoriene). Det er svært få som får arbeidsavklaringspenger uten å ha hatt nærmere elleve måneders sykefravær. Dette er logisk da man som regel vil få mer utbetalt som sykmeldt enn med arbeidsavklaringspenger. Det er særlig den gruppen som har mer enn elleve måneders sykefravær som blir mindre når vi skiller ut de som får arbeidsavklaringspenger som en egen gruppe.

Figur 5.9 Sykefravær før og etter diagnosetidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger, i løpet av de første to årene



5.3.2 Arbeidstilknytning og mottak av trygdeytelser over tid

I det foregående har vi sett på hvor mye sykefravær de kreftrammede har i sum i tiden før og etter kreftdiagnosen. I dette avsnittet ser vi på hvordan situasjonen og særlig arbeidstilknytningen endrer seg over tid. I Figur 5.10 viser vi situasjonen for de kreftrammede arbeidstakerne måned for måned i inntil tolv år etter diagnosetidspunktet, samt i de seks månedene før diagnosetidspunktet.²⁵ Situasjonen til alle arbeidstakerne som har fått kreft vises altså i den første måned etter at de fikk diagnosen, uavhengig av når diagnosen ble satt. Deretter vises situasjonen den andre måneden etter diagnosetidspunktet, og så videre. Personene er med i figuren så lenge vi har informasjon om dem (maksimum til september 2014). Det betyr for eksempel at de som fikk en kreftdiagnose i januar 2012 bare er med fram til måned 20 (under to år).

Sett over såpass mange år, er det en viss andel av de kreftrammede som når pensjonsalder og en viss andel som dør. Siden vi i prosjektet først og fremst er interessert i de som fortsatt har mulighet til å jobbe, har vi i figuren nedenfor på ethvert tidspunkt utelatt de som er døde eller har nådd pensjonsalder. Disse inngår likevel i figuren fram til tidspunktet de blir pensjonert eller dør. Figuren viser med andre ord situasjonen etter et visst antall år (måneder), gitt at de på dette tidspunktet ikke har nådd pensjonsalder eller er død.

²⁵ Situasjonen til en person kan endre seg i løpet av måneden. Det er derfor valgt én hovedstatus for en person i måneden, der de "mest alvorlige" hendelsene/situasjonene overstyrer andre (eksempelvis overstyrer uførepensjon AAP osv).

Vi har delt inn ulike situasjoner i elleve kategorier. Nederst i figuren (blågrønn) vises andelen som har et arbeidsforhold og som ikke samtidig har noen trygdeytelse (det vil si sykepenger, AAP eller uførepensjon). Deretter kommer andelen som har henholdsvis gradert og full sykmelding. Hver av disse to situasjonene er delt inn etter om personene er sykmeldt deler av måneden eller hele måneden. Med grønn farge vises så andelen som har arbeidsavklaringspenger, og denne er også delt i to etter om man fortsatt har et arbeidsforhold eller ikke. Deretter vises andelen som har uførepensjon med lilla farge, delt inn i gradert uførepensjon med jobb, gradert uførepensjon uten jobb og full uførepensjon. Til slutt er det en gruppe i lyseblått som vi ikke kjenner situasjonen til.

Fordelingen det første året viser tydelig at mange blir sykmeldt når de får en kreftdiagnose. Over 70 prosent er sykmeldt den første måneden, mens noe over 25 prosent er i jobb. I månedene før diagnosetidspunktet var det omtrent 15 prosent som allerede var sykmeldt. Vi ser at den største gruppa sykmeldte til å begynne med er de som er 100 prosent sykmeldt hele måneden, men det er også en del som bare er sykmeldt deler av måneden. Det første året etter diagnosetidspunktet er det få som får arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon.

I løpet av det første året er det en økende andel av de kreftrammede som er i jobb uten sykmelding. Etter ett år gjelder det over halvparten - gitt at de ikke har nådd pensjonsalder eller er døde, mot 25 prosent til å begynne med. Deretter holder andelen i jobb seg svært stabilt på i underkant av 60 prosent.

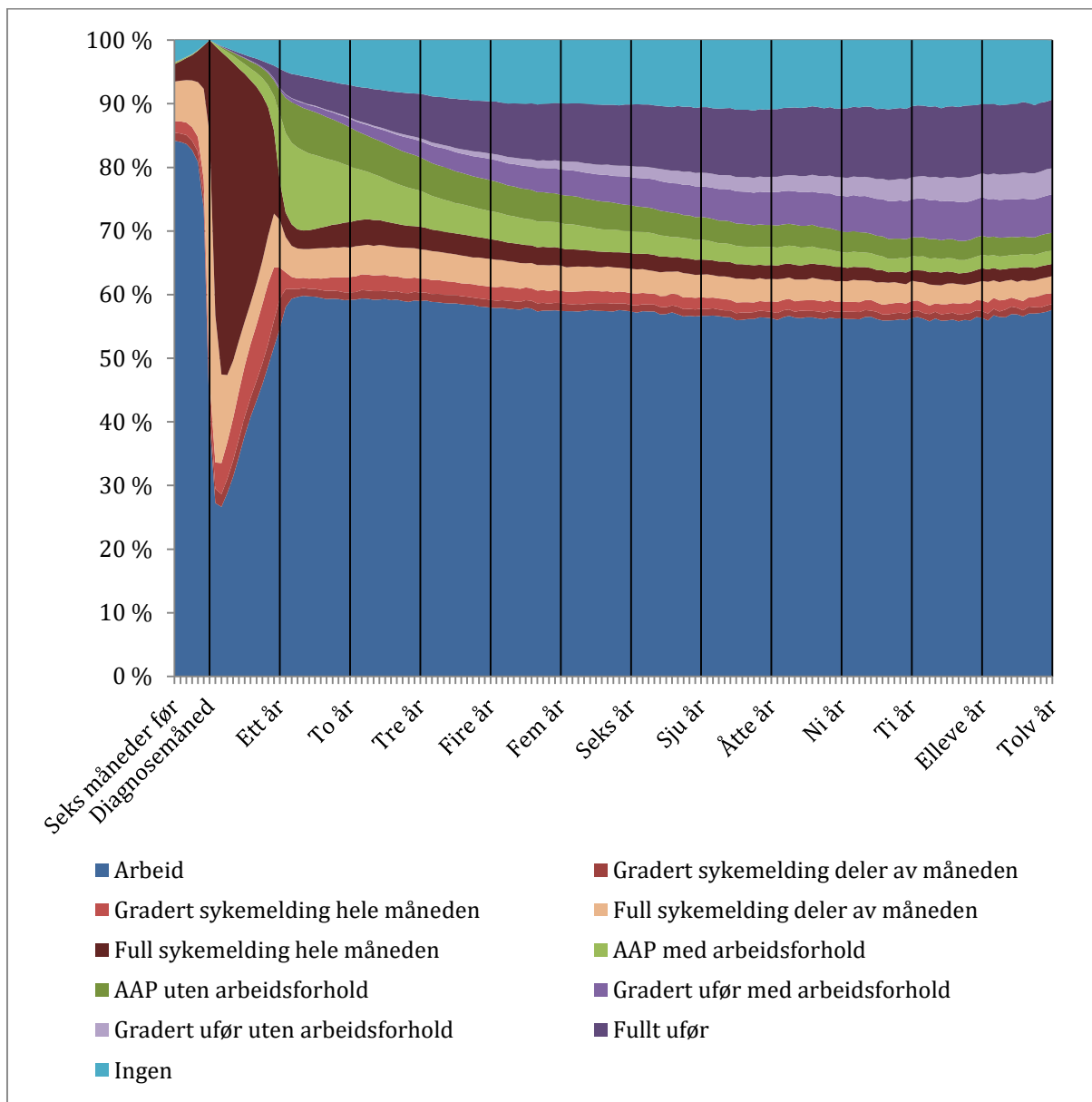
Etter at det har gått ett år, har omtrent 15 prosent av alle de som har et arbeidsforhold en sykmelding, men denne andelen avtar svakt over tid. Det er et relativt stabilt forhold mellom de som har gradert og de som har full sykmelding, og mellom de som er sykmeldte hele måneden og de som er sykmeldte deler av måneden fra og med ett år.

Først etter ett år blir det en stor andel av de kreftrammede som får arbeidsavklaringspenger. Dette følger altså reglene for sykepenger som kun blir utbetalt i maksimalt ett arbeidsår. Etter ett år er det svært få som har full sykmelding, mens nærmere 20 prosent har arbeidsavklaringspenger. Blant de som har AAP, blir det også etter hvert en andel som ikke lenger har et arbeidsforhold.

Etter ett år er det fortsatt relativt få som har fått uførepensjon. Etter det første året er det imidlertid en del endringer mellom andelen som har arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. Vi ser at en stor andel har AAP eller tilsvarende i begynnelsen, men at denne gruppa avtar over tid. Samtidig er det en økning i andelen som har uførepensjon. Tilsvarende synker andelen av de som har arbeidsavklaringspenger som har et arbeidsforhold. Dette veies til en viss grad opp av økningen i andelen som har gradert uførepensjon og et arbeidsforhold.

Til slutt gjenstår en gruppe som ikke har noe arbeidsforhold og ingen livsoppholdsytelse som vi har informasjon om. Selv om vi ikke kan si mye om denne gruppa, er det en god del av dem som er eldre, og det kan dermed tenkes å være en del som har gått av med tidligpensjon. I tillegg vil personer som er arbeidsledige, studerer eller er hjemmeværende inngå her. En viss andel av de kreftrammede tilhørte denne gruppa før de fikk kreft - men de var altså i arbeid på det tidspunktet de fikk kreft.

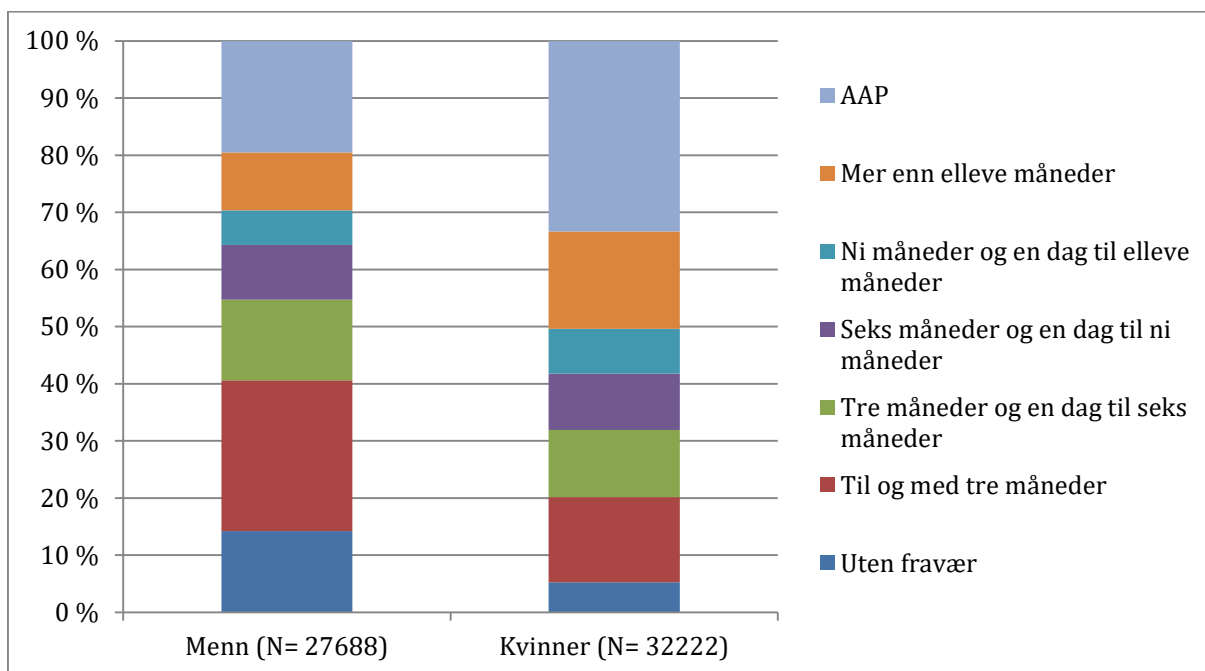
Figur 5.10 Situasjonen til arbeidstakere som får kreft seks måneder før og inntil 12 år etter diagnosetidspunktet (ekskudert de som har dødd eller nådd pensjonsalder)



5.3.3 Kjønnsforskjeller

Kjønnsforskjellene i sykefravær er velkjent tematikk i Norge. Som vi ser av Figur 5.11 er det også forskjeller i sykefravær mellom menn og kvinner med kreftdiagnoser. Det er en større andel av de krefttrammede kvinnene enn av mennene som får arbeidsavklaringspenger, og det er også en større andel av kvinnene som har mer enn elleve måneder sykefravær uten å få AAP. Vi skal senere se at kjønnsforskjeller i type kreftdiagnose kan "forklare" en del av forskjellene i sykefravær mellom menn og kvinner.

Figur 5.11 Sykefravær før og etter diagnosetidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter kjønn

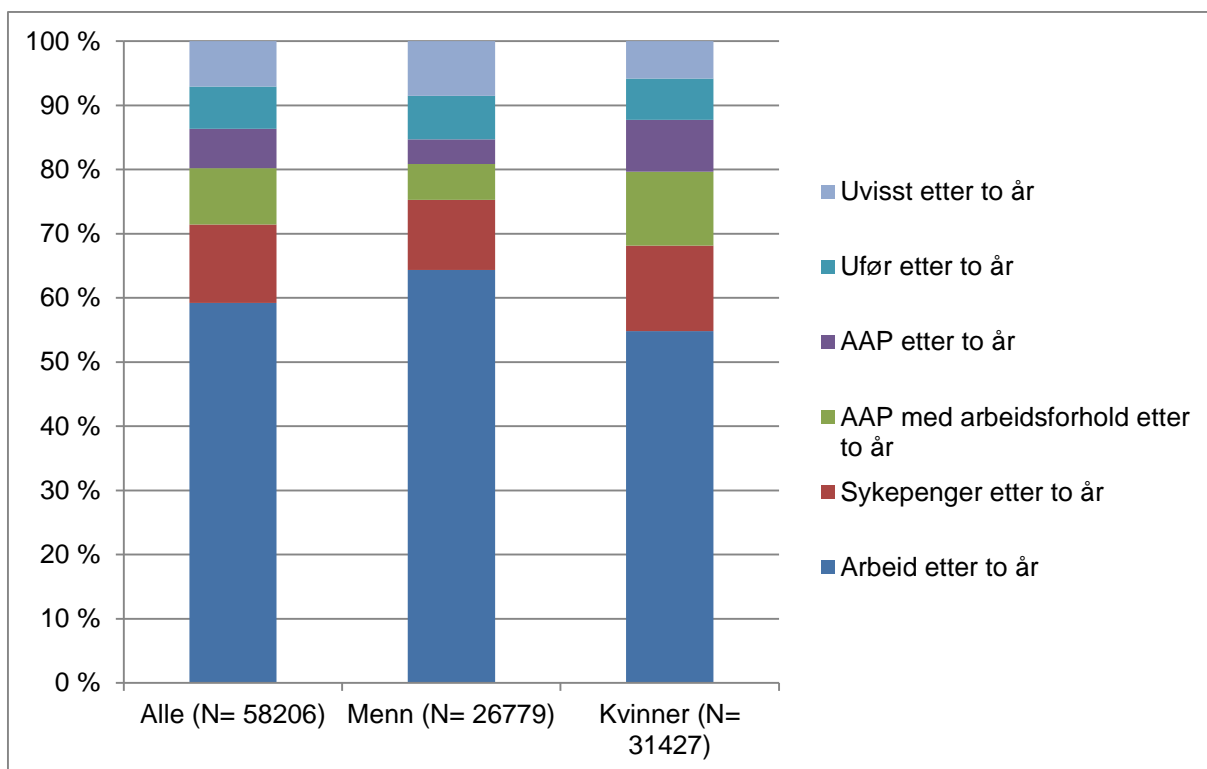


I Figur 5.12 viser vi situasjonen for henholdsvis menn og kvinner to år etter at de fikk kreftdiagnosen. Dette tilsvarer fordelinger som ble vist måned for måned i Figur 5.10. Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

Vi ser at det er visse kjønnsforskjeller i situasjonen to år etter kreftdiagnosen. Det er en større andel menn enn kvinner som er i arbeid, og dette gjelder uavhengig av om vi inkluderer de som mottar sykepenger. Vi har også sett på situasjonen fem år etter kreftdiagnosen (ikke vist i figuren). Forskjellen mellom menn og kvinner i andelen som er i arbeid er størst to år etter kreftdiagnosen, og om vi inkluderer alle som har sykepenger blant de yrkesaktive, er forskjellen nesten utvisket etter fem år. Det er en større andel av kvinnene enn av mennene som har sykepenger, arbeidsavklaringspenger eller er uføre.

Til slutt er det en større andel av mennene enn av kvinnene der vi ikke har informasjon om deres arbeidstilknytning/trygd. Som forklart over er dette i hvert fall til en viss grad personer som har gått av med tidligpensjon, og det er en større andel av mennene som er eldre enn av kvinnene.

Figur 5.12 Arbeidstilknytning etter to år, for menn og kvinner

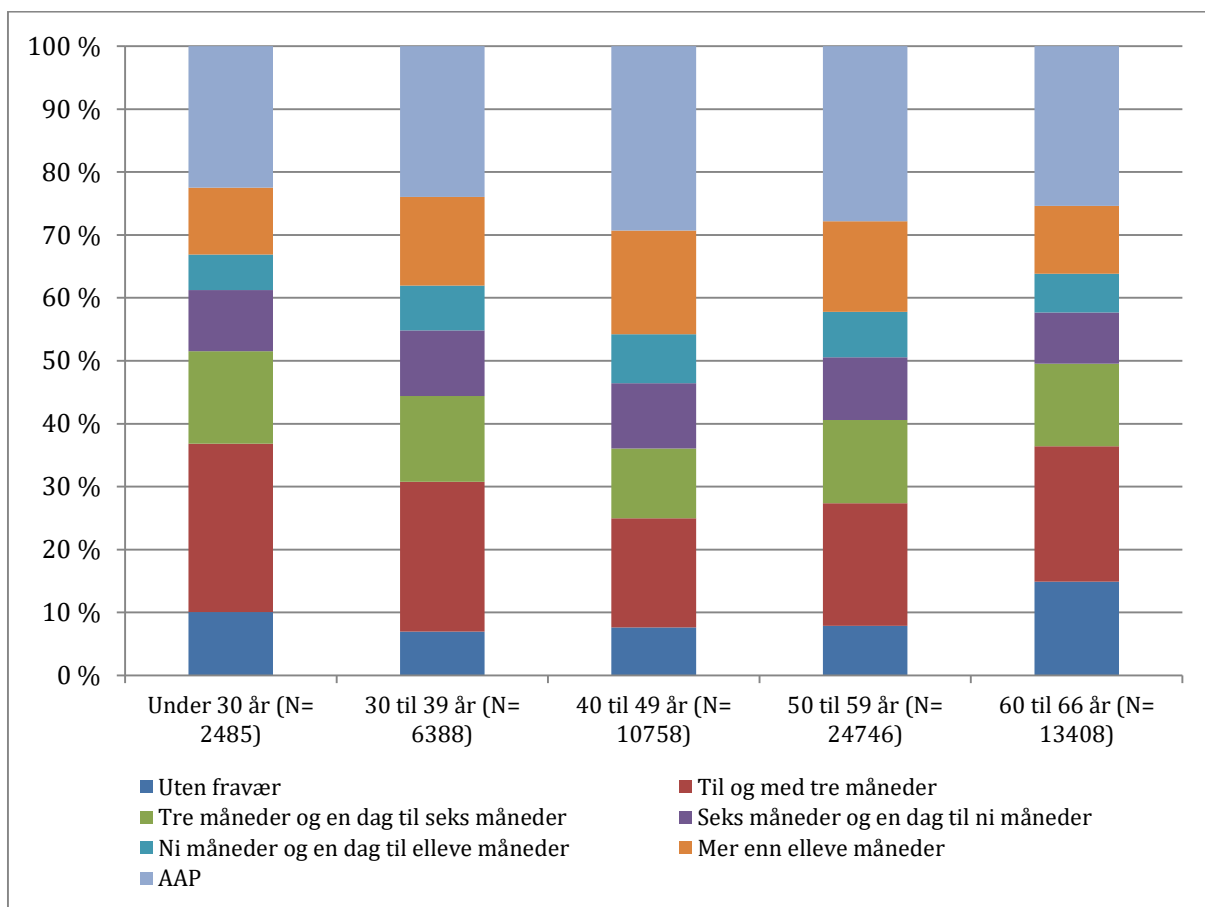


Merknad: Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

5.3.4 Aldersforskjeller

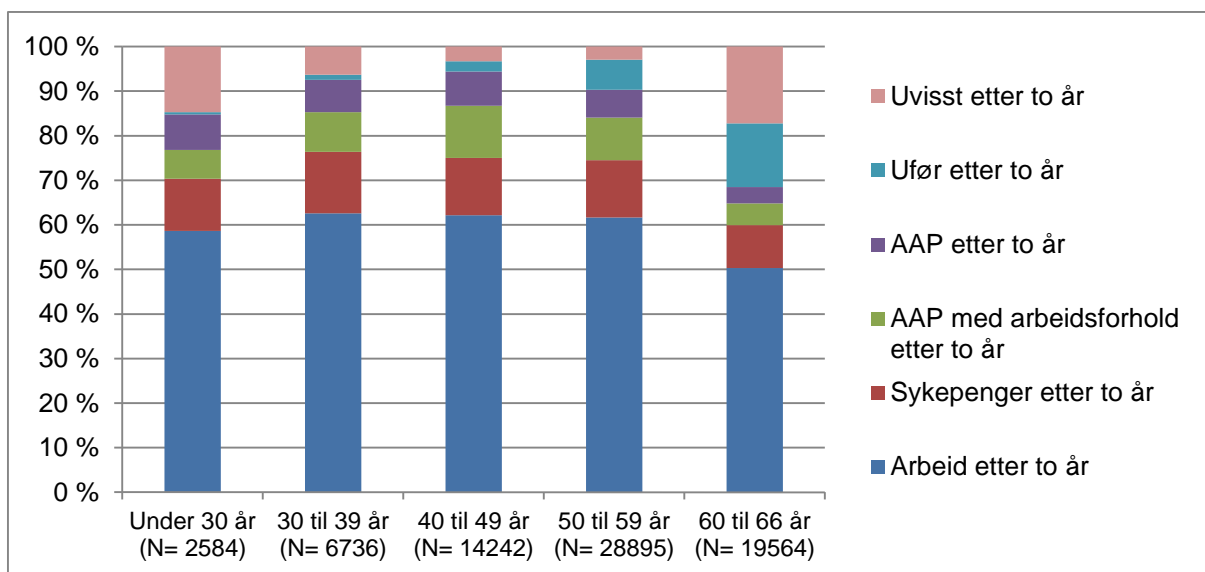
Det er relativt små forskjeller i sykefravær mellom de ulike aldersgruppene blant de kreftrammede. Det er en høyere andel av de over enn de under 40 år som har langt sykefravær og/eller har fått arbeidsavklaringspenger. Særlig gruppa 40 til 49 år ser ut til å ha lange sykefravær. I den yngste aldersgruppa (under 30 år) er det flere som har korte sykefravær. Bortsett fra dette er det lite variasjon mellom de ulike aldersgruppene sett i lys av at det er store forskjeller mellom dem i hvilke krefttyper de har og hvor alvorlige de er.

Figur 5.13 Sykefravær før og etter diagnostidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter alder



I Figur 5.14 viser vi situasjonen ved to år etter diagnosen for ulike aldersgrupper. Vi ser at aldersforskjellene heller ikke er så store når det gjelder arbeids-situasjonen etter to år. Andelen som er i jobb uten arbeidsavklaringspenger varierer lite blant de som er under 60 år. Gruppen 40 til 49 år skiller seg her ikke spesielt fra de andre aldersgruppene. Det er en større andel med uførepensjon jo eldre man blir, men denne forskjellen er størst for de over 60 år. Det er en litt større andel både blant de yngste og de eldste som ikke er registrert i våre registre. Dette skyldes i hvert fall til en viss grad at det er en del av de yngste som er elever eller studenter uten å ha en jobb ved siden av, og at det er en andel av de eldste som har gått av med tidligpensjon eller blitt hjemmeværende.

Figur 5.14 Arbeidstilknytning etter to år for ulike aldersgrupper



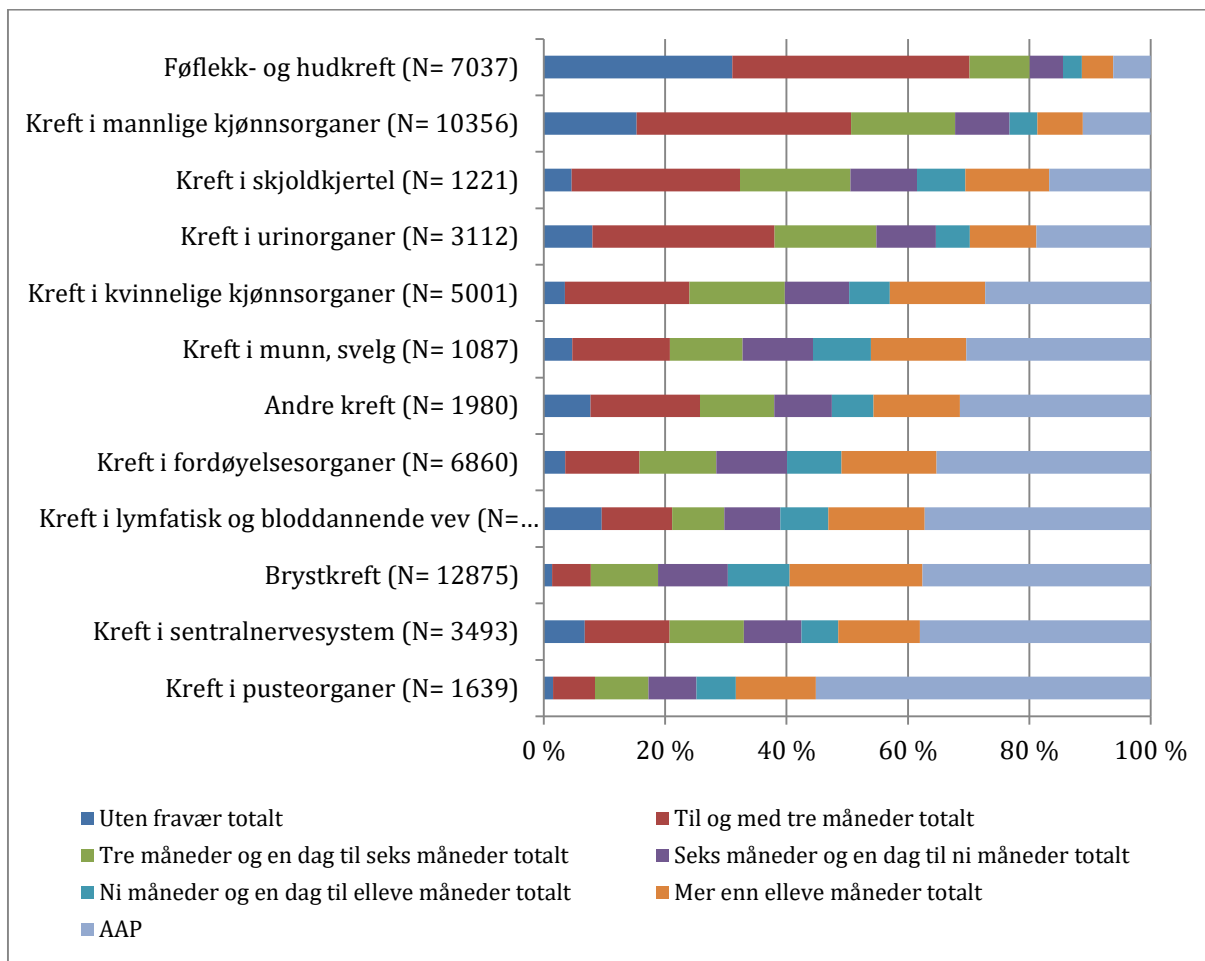
Merknad: Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

Etter fem år (ikke vist i figuren) er det noe større forskjeller mellom aldersgruppene. Når det gjelder de som er i arbeid med eller uten sykepenger er det en tydeligere alderstrend etter fem år enn etter to år. Denne avspeiler seg også i at det er færre med sykepenger og arbeidsavklaringspenger i de eldre aldersgruppene. Motsatt er det en tydelig sammenheng mellom alder og andelen som har uførepensjon fem år etter kreftdiagnosen - det er en større andel med uførepensjon i de eldre aldersgruppene.

5.3.5 Diagnoser

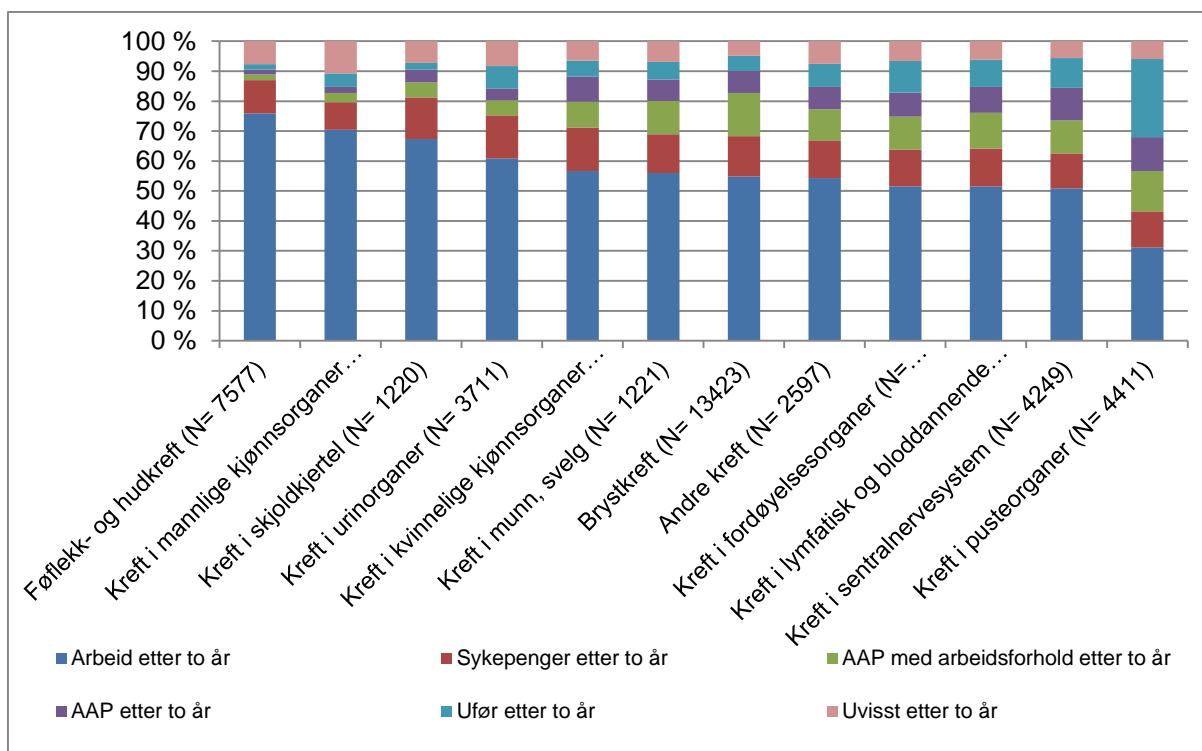
I Figur 5.15 ser vi på forskjeller i sykefravær mellom de ulike krefttypene. Figuren viser at det er stor variasjon i hvor mye sykefravær de ulike diagnosene vanligvis medfører. Mens omtrent 30 prosent av de med føflekk- og hudkreft ikke har noen sykefraværsdager i løpet av de første to årene, er dette svært uvanlig for de andre krefttypene. I motsatt ende av skalaen er det over halvparten av de som får kreft i pusteorganene som får arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene etter at de fikk diagnosen.

Figur 5.15 Sykefravær før og etter diagnostidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter diagnosegruppe



Om vi ser på situasjonen etter to år for de ulike diagnosegruppene, viser denne mye av det samme mønsteret (se Figur 5.16). Føflekk- og hudkreft og kreft i pusteorganer er også her i hver sin ende av skalaen, og det er flere av de andre krefttypene som er noenlunde likt rangert i denne fordelingen som i Figur 5.15.

Figur 5.16 Arbeidstilknytning etter to år for ulike diagnosegrupper



Merknad: Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

5.3.6 Behandling

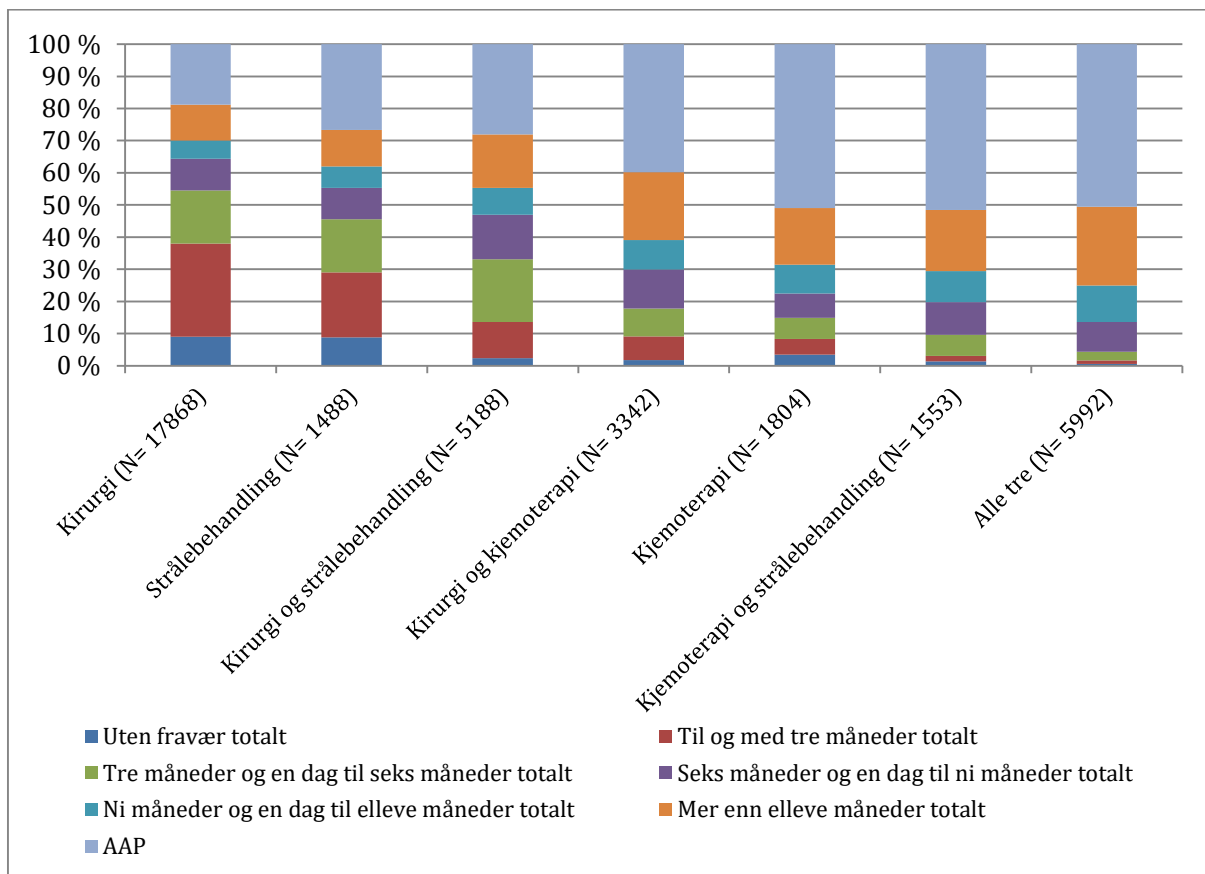
Det er store forskjeller i hvor lenge man er sykmeldt avhengig av behandlingsform. Sykefraværet har sammenheng med behandling på minst to måter. For det første er strålebehandling og kjemoterapi behandlingsformer som man ofte får over tid, og disse har i tillegg egne bivirkninger. Dermed kan disse formene for behandling gjøre det vanskelig å komme raskt tilbake i jobb.

For det andre avspeiler behandlingen til en viss grad også alvorlighetsgraden til kreften. De som for eksempel bare får kirurgi kan tenkes å ha mindre alvorlig kreft, og uten spredning, enn de som (eventuelt i tillegg) får andre typer behandling. I Figur 5.17 ser vi at de som bare får kirurgisk behandling har kortest sykefravær. I figuren viser vi omfanget av sykefravær og arbeidsavklaringspenger innen to år etter diagnosetidspunktet, for ulike kombinasjoner av behandlinger.

Blant kreftrammede som bare får kirurgi er det både vanligere med korte fravær og det er færre som får arbeidsavklaringspenger enn i de andre gruppene. I den andre enden av skalaen finner vi de som får kjemoterapi og de som får kjemoterapi kombinert med strålebehandling. I disse gruppene får nesten halvparten arbeidsavklaringspenger, og en liten andel har korte sykefravær.

Personer som får strålebehandling alene og personer som får kombinasjonen kirurgi og strålebehandling har kortere fravær, og særlig i den første gruppen er det en andel som ikke har sykmelding. Utover de som bare får kirurgi eller bare strålebehandling er det relativt få som går gjennom behandling uten å ha fravær over tre måneder. Det ser altså ut til å være uvanlig å holde seg i jobb parallelt med kombinasjoner av ulike behandlinger eller kjemoterapibehandling.

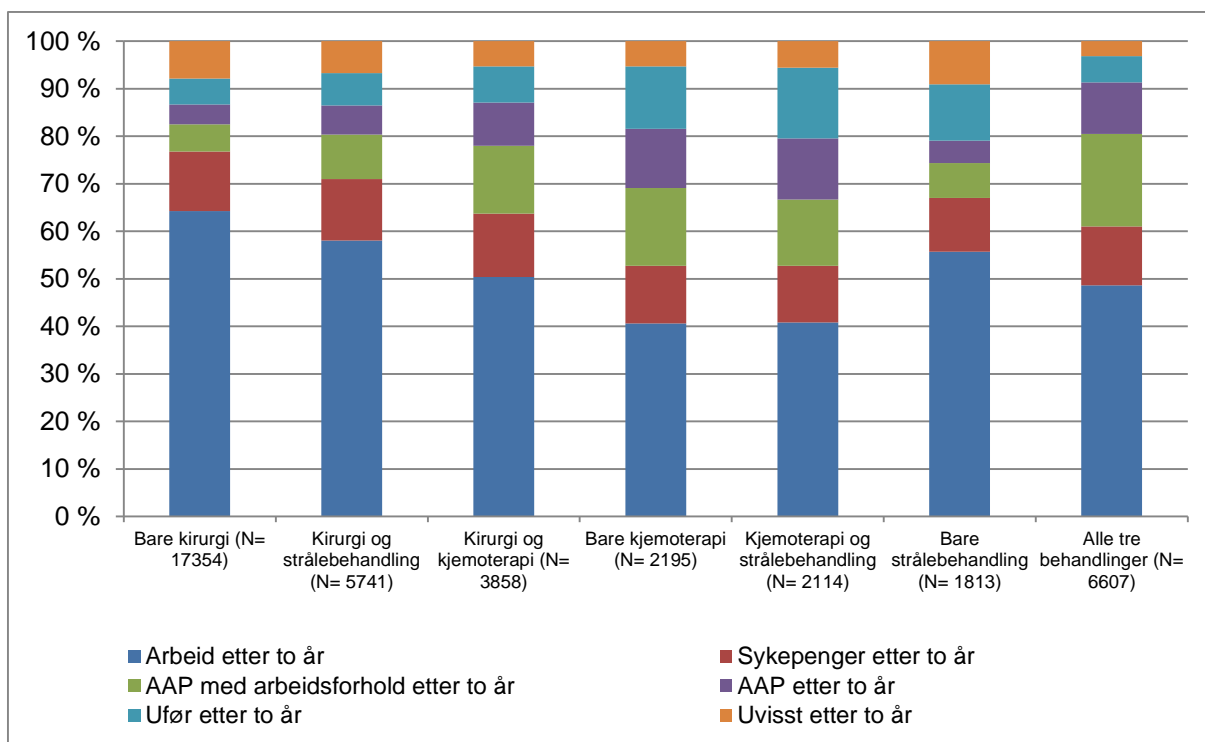
Figur 5.17 Sykefravær før og etter diagnosetidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter behandlingsformer



Merknad: Kun personer hvor vi har informasjon om behandling

I Figur 5.18 viser vi situasjonen blant de kreftrammede etter to år for de ulike behandlingstypene. Vi ser et tilsvarende bilde som for sykepenger, Blant de som har fått kjemoterapi er det færre som er tilbake i jobb etter to år, og det er en større andel som har arbeidsavklaringspenger og uførepensjon enn i de andre gruppene. Det er også en viss forskjell i arbeidstilknytning mellom de som får strålebehandling og de som får kirurgi, men denne er ikke veldig stor. Igjen synes også en lavere andel av de som får kombinasjoner av ulike behandlinger å returnere til jobb. Det er ikke stor forskjell mellom situasjonen etter to og fem år (ikke vist i figuren).

Figur 5.18 Arbeidstilknytning etter to år, etter behandlingsform



Merknad: Kun personer hvor vi har informasjon om behandling. Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

5.3.7 Yrke

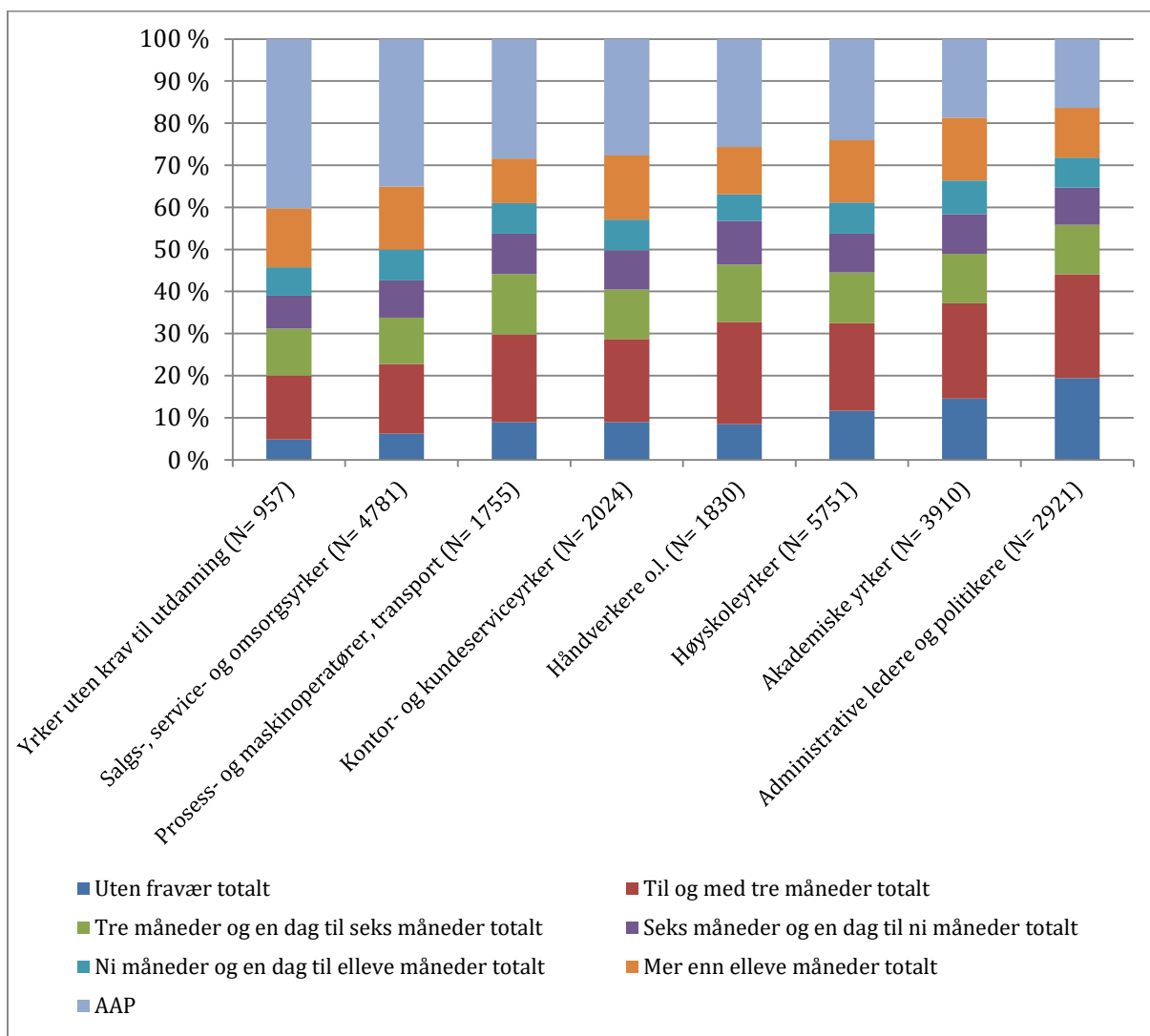
Det er store forskjeller i sykefraværet mellom ulike yrkesgrupper blant de krefttrammede (se Figur 5.19). Mens under 20 prosent av de som jobbet som administrative ledere går over på AAP innen to år, er det over 40 prosent av de som jobbet i yrker som ikke stiller krav til utdanning som gjør det.

I figuren har vi rangert yrkesgruppene etter hvor stor andel som går over på AAP. Det mønsteret vi ser, kan ha ulike årsaker. Én årsak kan være ulikheter i fleksibilitet på arbeidsplassen og muligheten til å tilrettelegge. Mens ulike kontorbaserte yrker, ofte uten kundebehandling, havner i den positive enden av skalaen, ligger for eksempel salg-, service- og omsorgsykker i den andre enden.

Mulighetene for å tilrettelegge varierer veldig mellom yrker der man hele tiden er i kontakt med brukere eller kunder, og yrker der man for det meste kan være på sitt eget kontor. Tilsvarende er det en viss variasjon etter hvor fysisk krevende yrkene er, der særlig yrker uten krav til utdanning ofte vil inneholde en viss grad av fysiske krav.

En annen bakenforliggende faktor kan være at ansatte i de ulike yrkene har ulikt utdanningsnivå (som vi ikke har informasjon om). Utdanningsnivå er en indikator på sosioøkonomisk status, som vi vet påvirker sannsynligheten for sykefravær og avgang fra arbeidslivet generelt.

Figur 5.19 Sykefravær før og etter diagnosetidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter yrke ved diagnosetidspunkt (2008-2012)



Arbeidstilknytningen etter to år for de ulike yrkesgruppene minner om fordelingen vi så når det gjelder sykefravær. Det er de samme yrkesgruppene som hadde lavt sykefravær som har høy andel som har et arbeidsforhold etter to år. Forskjellen er på over 20 prosentpoeng mellom de som er ansatt i yrker uten krav til utdanning og de som er ansatt i et akademisk yrke.

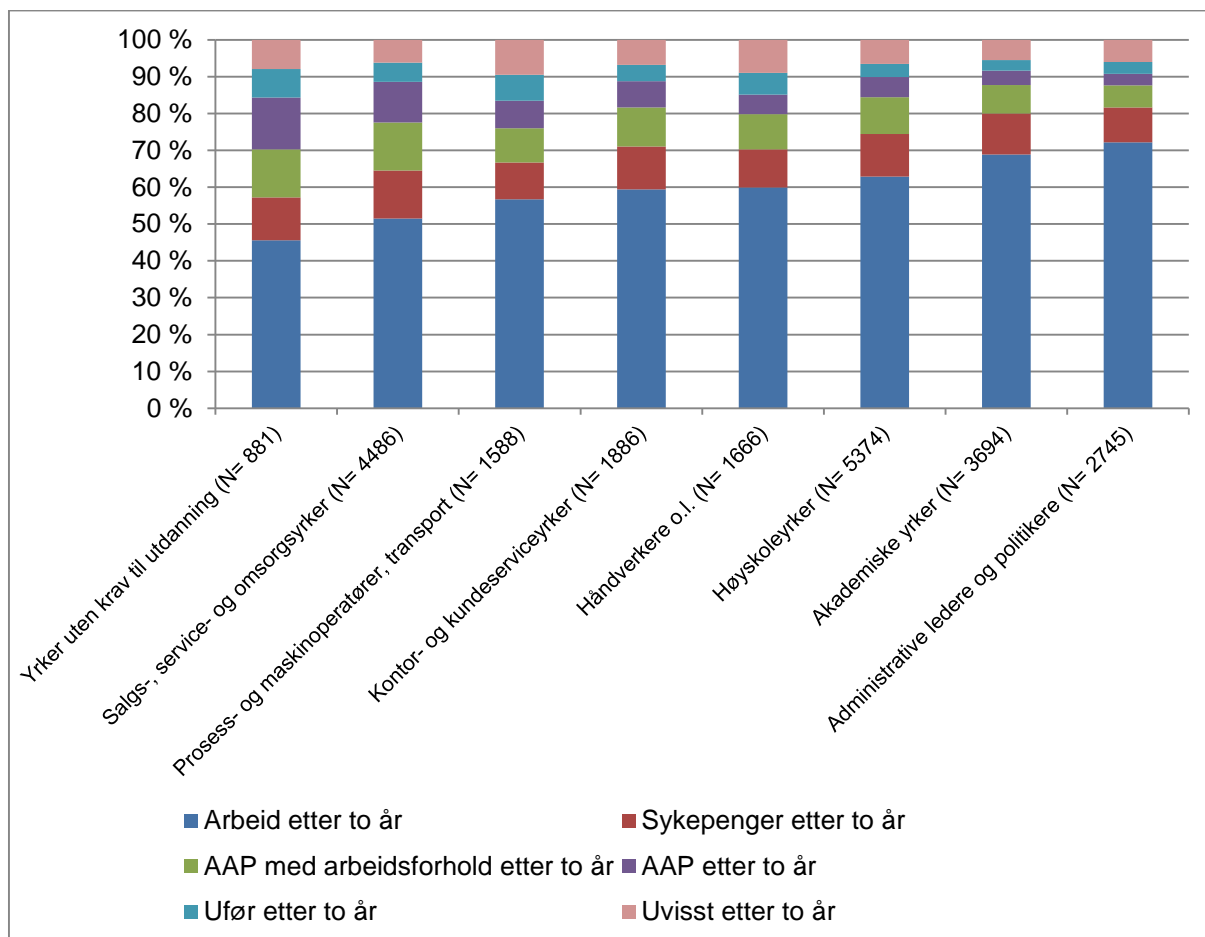
Etter to år er det primært andelen som har arbeidsavklaringspenger som er høyere blant de yrkesgruppene som har en lav andel i jobb. Når vi ser på situasjonen etter fem år, fant vi at det er store forskjeller mellom yrkene i andelen som har uførepensjon. Dette følger målsetningen med AAP som er å avklare brukerne, og de som ikke har mulighet til å komme tilbake i jobb får derfor uførepensjon etter hvert.

Den samme tendensen avspeiler seg i forskjellene etter to år når det gjelder hvem som har et arbeidsforhold mens de får arbeidsavklaringspenger. Blant de som har arbeidsavklaringspenger i de yrkesgruppene som har høyest yrkesdeltakelse, har nesten alle samtidig et arbeidsforhold. Det gjelder bare halvparten av de som har AAP i yrkesgruppene med lavest yrkesdeltakelse. Vi kan ikke vite

hvorfor personene har mistet arbeidsforholdet, men dette kan i hvert fall ha to mulige årsaker.

På den ene siden kan det være personer som ikke har helse til å komme tilbake i jobb, eller som selv oppfatter at det ikke vil være aktuelt å returnere til arbeid. På den andre siden kan det være forskjeller i arbeidsgivers ønske om å beholde arbeidstakeren og arbeidsgivers mulighet til å være fleksible. Etter overgangen til AAP har ikke arbeidstakeren det samme stillingsvernet, og det kan være komplisert for arbeidsgivere å ha ansatte gående lenge uten å være i jobb.

Figur 5.20 Arbeidstilknytning etter to år for ulike yrkesgrupper (2008-2012)



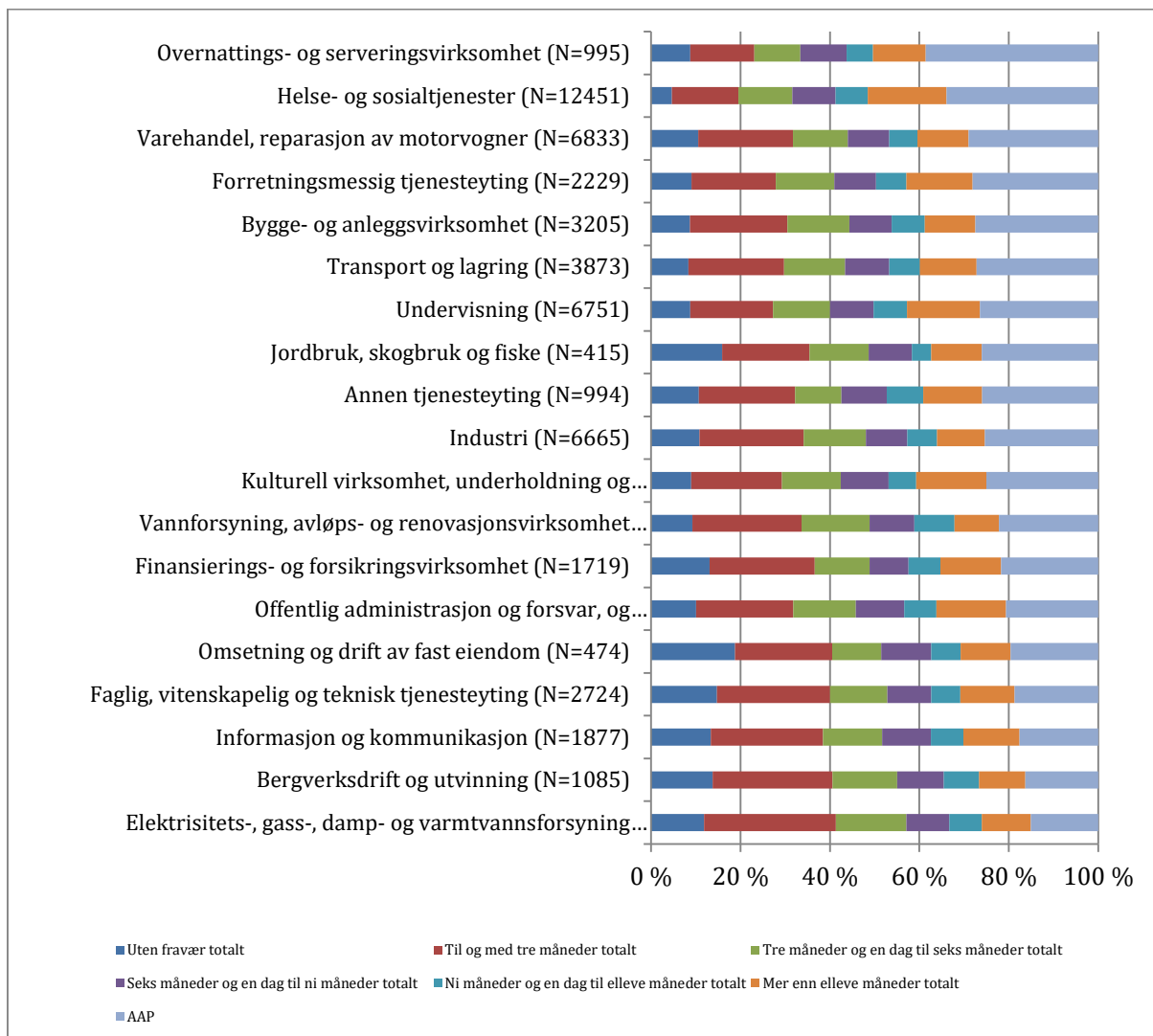
Merknad: Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

5.3.8 Næring

Omfanget av sykefravær og arbeidstilknytning i ulike næringer gir et liknende inntrykk som vi har sett innenfor de ulike yrkesgruppene. I Figur 5.21 ser vi at andelen som går over til AAP er størst innenfor overnattings- og serveringsvirksomhet, med helse- og sosialtjenester som nummer to. I den andre enden av skalaen finner vi elektrisitetsforsyning med mer, bergverksdrift/utvinning, og informasjon og kommunikasjonsvirksomhet. Vi ser også at faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting og offentlig administrasjon havner i denne enden.

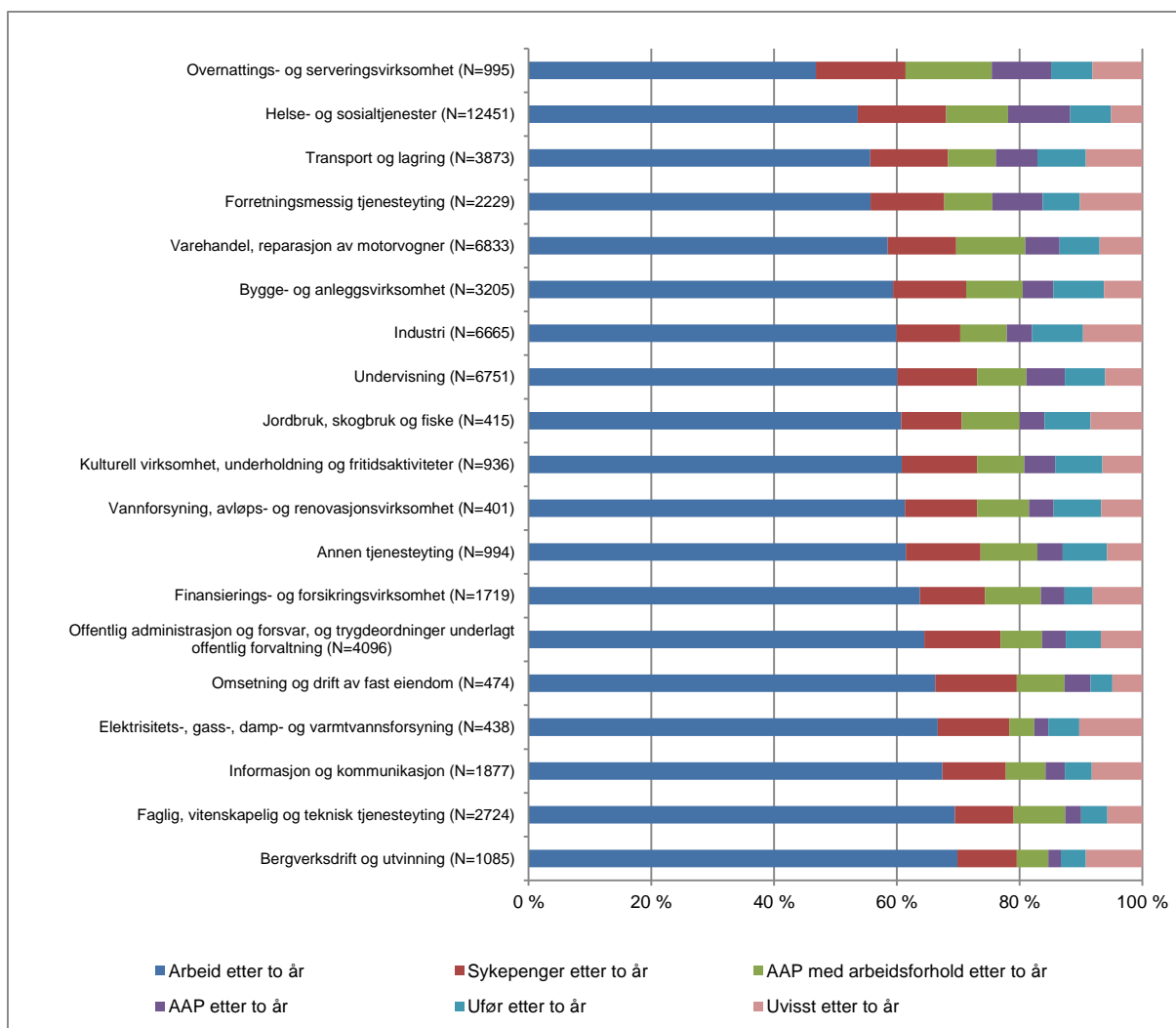
Rangeringen av næringer og yrker ser altså ut til å korrelere sterkt, noe som er naturlig siden de ulike næringene sysselsetter ulike yrkesgrupper.

Figur 5.21 Sykefravær før og etter diagnosetidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter næring ved diagnosetidspunkt



Når vi ser på de kreftrammedes arbeidstilknytning etter to år finner vi omtrent det samme mønsteret. Det er de samme næringene som har høy andel som returnerer til arbeid etter to år, som har lav andel som går over på arbeidsavklaringspenger.

Figur 5.22 Arbeidstilknytning etter to år for ulike næringsgrupper

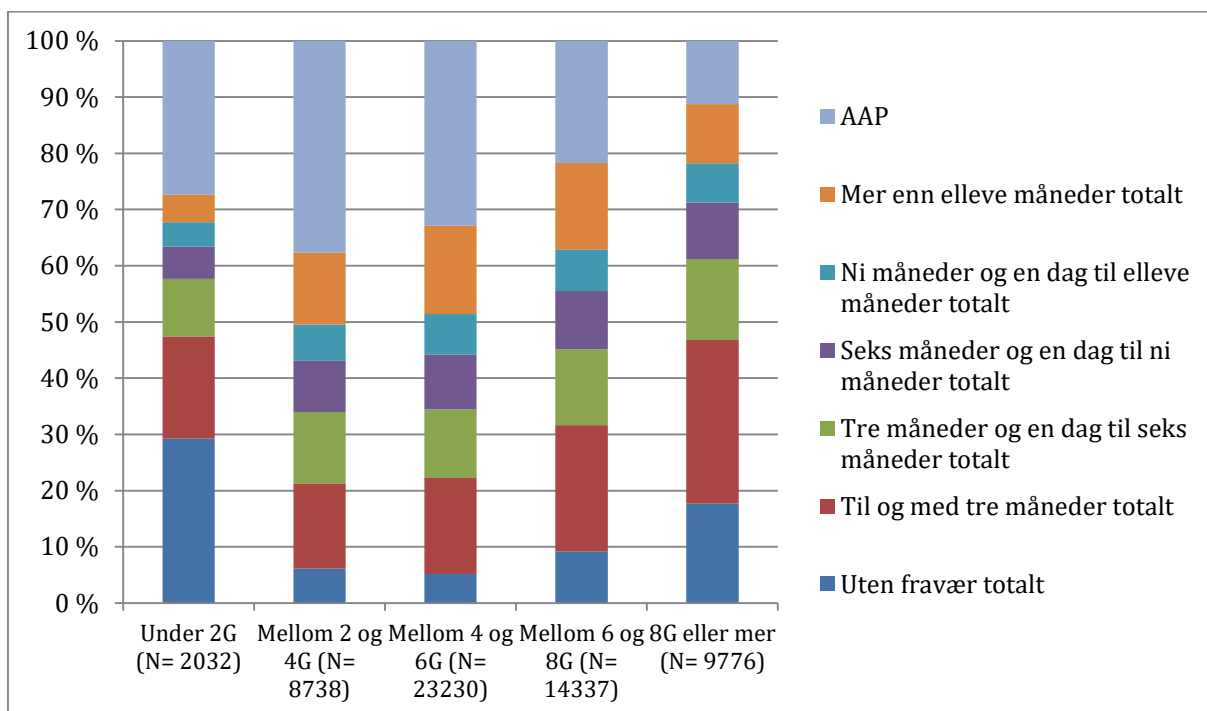


Merknad: Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

5.3.9 Inntekt

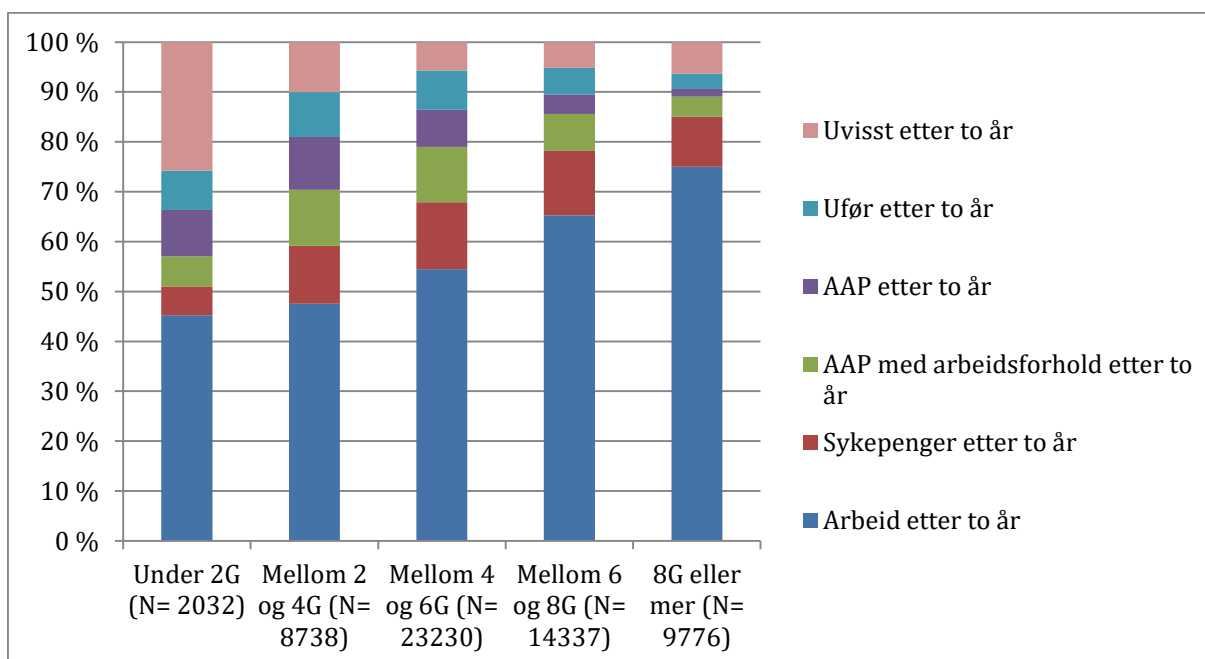
Det er store forskjeller mellom kreftrammede med ulike inntektsnivåer i hvor lenge de er sykmeldt og hvor mange som går over på arbeidsavklaringspenger. I figuren nedenfor ser vi at andelen som går over på arbeidsavklaringspenger er lavere og andelen som har korte sykefravær høyere jo høyere inntekten er. Det eneste unntaket er for de som tjener under to ganger grunnbeløpet. Dette skyldes sannsynligvis at det er en viss andel av disse som ikke har rett til sykepenger. I de andre gruppene er trenden relativt tydelig. Andelen med AAP og lange sykefravær er høyest blant de med lav inntekt, mens kortere fravær er vanligere blant de med høy inntekt.

Figur 5.23 Sykefravær før og etter diagnostidspunktet og andel som har fått arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene, etter årsinntekt på diagnostidspunktet



Når vi ser på arbeidstilknytningen etter to år finner vi også at det er flere som returnerer til jobb blant de med høyere inntekt (se Figur 5.24). I tillegg er det mange i gruppa med lavest inntekt som vi ikke har informasjon om. Disse synes altså å ha en løsere tilknytning til arbeidslivet enn de andre gruppene. Det er også tydelige forskjeller i hvor stor andel av de som får AAP som fortsetter å ha et arbeidsforhold. Etter to år er det flere som har AAP uten arbeidsforhold enn med arbeidsforhold i gruppen med lavest inntekt, mens det er en mye større andel som har AAP med arbeidsforhold enn uten arbeidsforhold i de to gruppene med høyest inntekt.

Figur 5.24 Arbeidstilknytning etter to år etter årsinntekt på diagnosetidspunktet



Utvalget er alle som er i live og som ikke har gått av med pensjon etter to år.

5.4 Sykepengeordningen

I dette avsnittet belyser vi to forhold knyttet til sykepengeordningen som kan innebære særlige utfordringer for krefttrammede. Begge er knyttet til maksimumsgrensen for uttak av sykepenger på 248 arbeidsdager, med arbeidsavklaringspenger som en vesentlig lavere ytelse ved sykefravær ut over dette. Som vi har sett har mange krefttrammede lange sykefravær, og nesten 30 prosent av dem går over på arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene etter at de har fått diagnosen.

En alternativ utforming av sykepengeregelverket kunne være at dager med gradert sykmelding ikke ble regnet som hele dager. Vi ser derfor først på om mange av de krefttrammede ville hatt nytte av en slik regelendring. Særlig er dette interessant siden forskning tyder på at det å jobbe gradert har en helsegevinst og er noe NAV oppfordrer til.

Deretter undersøker vi om det er noen stor gruppe som går tilbake i jobb etter at sykepengene er oppbrukt for så å bli sykmeldt igjen etter at man har opptjent nye sykepengerettigheter. En slik tilpasning kan indikere at noen føler seg tvunget til å jobbe tidligere enn de burde av økonomiske grunner. Temaet er særlig relevant for krefttrammede fordi det har blitt funnet tegn til at fatigue og andre senvirkninger har sammenheng med at personer returnerer til arbeid for tidlig, eller sliter seg ut ved å jobbe for mye.

5.4.1 Gradert sykmelding

Grensene for hvor lenge man kan ha sykepenger er gitt i antall dager. Om man er 100 prosent eller 20 prosent sykmeldt har ingen betydning for hvor mange dager man har rett til sykepenger. Samtidig som arbeidstakerne altså ikke har insentiver til å arbeide litt mens de er sykmeldte, blir gradering av sykmeldinger i stadig større grad vektlagt fra NAV sin side. Dette henger sammen med en stadig større vektlegging i forskningen av betydningen av nærvær på arbeidsplassen for retur til arbeid. Et insentiv som kunne gjort det mer aktuelt for mange å ha en gradert sykmelding, ville være om dette ga mulighet til å motta sykepenger over en lengre periode.

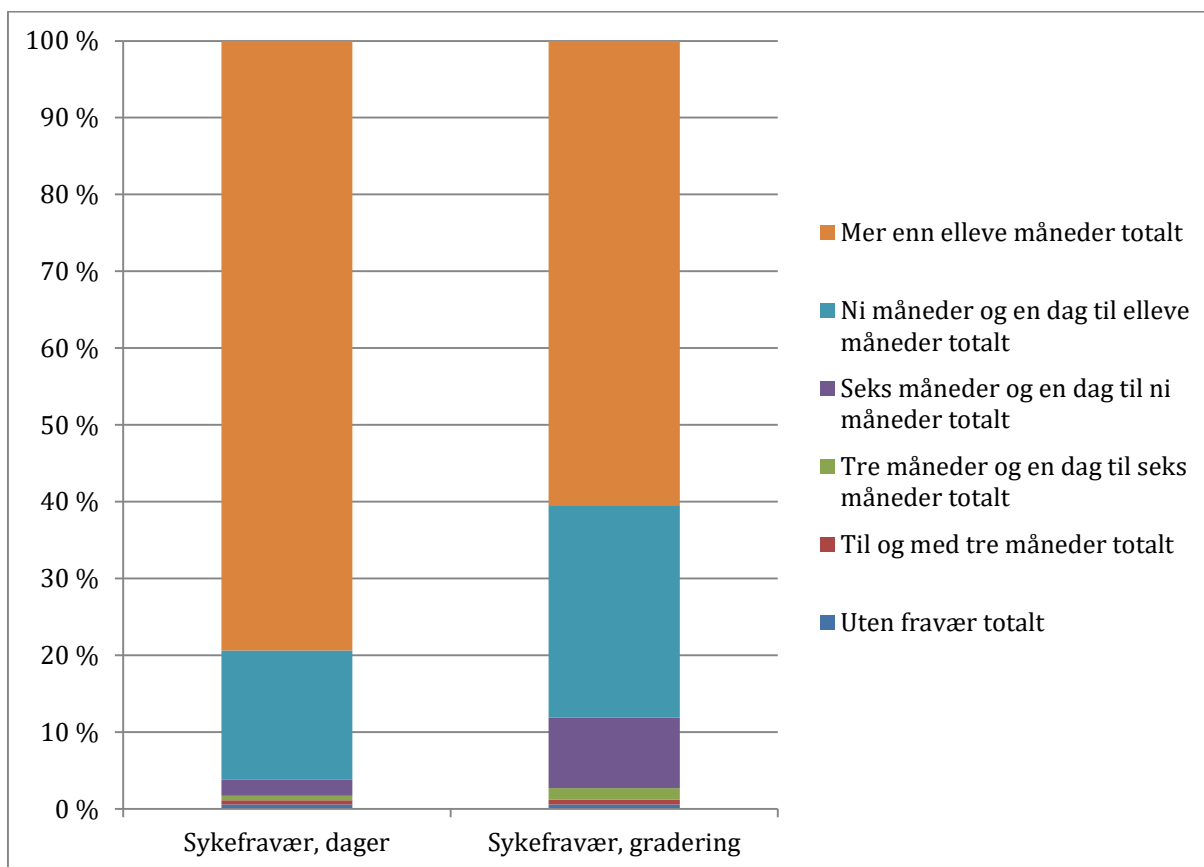
Også for kreftpasienter gjelder sannsynligvis det positive i å beholde tilknytningen til arbeidsplassen i løpet av sykefraværet. Samtidig er det mange kreftrammede som har behandlinger som varer svært lenge, og som dermed kan bruke opp sykepengene uten å være ferdig med behandling eller kommet i god nok form til å kunne returnere til sin gamle stilling 100 prosent.

Arbeidsavklaringspenger kan dermed være nødvendig for mange. Dette er utfordrende både fordi det er lavere utbetalinger og fordi stillingsvernet er svakere enn når man får sykepenger. Å kunne forlenge sykepengeutbetalingene gjennom gradering vil dermed kunne være et sterkt insentiv for kreftrammede til å returnere til arbeid med en gradert sykmelding i løpet av sykefraværet.

I Figur 5.25 ser vi på hvilken forskjell det ville gjøre å regne varigheten av sykepengene i antall hele arbeidsdager og ikke i løpende dager. Vi har vi sett på de kreftrammede som får arbeidsavklaringspenger, og undersøkt hvordan fordelingen i lengde på fraværet ville vært for denne gruppen om de hadde fått "uttelling" for å ha hatt graderte sykmeldinger. (En eventuelt endring i regelverket kan ha som konsekvens at *flere* har graderte sykmeldinger - noe vi ikke fanger opp her.) Denne gruppen er sannsynligvis den gruppen som er svakest og har lengst behandling, siden de ikke har klart å returnere til jobb etter å ha brukt opp sykepengerrettighetene. De utgjør med andre ord den gruppa som regelverket om varighet av sykepengene har størst betydning for.

I Figur 5.25 viser vi varigheten på sykefraværet blant de som går over på arbeidsavklaringspenger, og hvilken forskjell det utgjør om vi tar hensyn til at en del av dem har hatt gradering av sykefraværet. I søylen til venstre er sykefraværet regnet i kalenderdager, mens det til høyre er tatt hensyn til gradering. Når vi tar hensyn til gradering er det nesten 20 prosentpoeng færre som har over elleve måneders sykefravær. Det er også en stor økning i gruppen som har mindre enn ni måneders fravær. En endring i regelverket ville altså i hvert fall hatt betydning for nesten 20 prosent av de som i dag havner på arbeidsavklaringspenger. Disse ville kunne fått sykepenger lengre enn de kan i dag. I tillegg ville dette være et insentiv for flere til å begynne gradert i jobb når man er frisk nok til å gjøre det, heller enn å gå 100 prosent sykmeldt et helt år.

Figur 5.25 Sykefravær før og etter diagnosetidspunktet for de som får arbeidsavklaringspenger innen to år, regnet som løpende dager og som sum av graderte dager (N=16 148)



5.4.2 Opparbeidelse av rett til sykepenger

Et annet spørsmål knyttet til regelverket for sykepenger er om det er mange som returnerer til jobb etter ett års sykmelding for å tjene opp nye rettigheter. Inntekstapet ved arbeidsavklaringspenger og risikoen knyttet til å ha et svakere stillingsvern kan gjøre at det er en gruppe sykmeldte som går tilbake i jobb før de burde. Problemstillingen er særlig relevant for kreftrammede fordi man i medisinsk forskning har funnet at det er hensiktsmessig å trappe opp forsiktig etter en kreftbehandling, og ikke gå direkte tilbake i 100 prosent stilling. Blant annet har man knyttet fatigue og tilbakefall til det å gå tilbake i for store stillingsbrøker rett etter kreftbehandling.

Når man har brukt opp retten til sykepenger er det altså to alternativer. Den sykmeldte kan søke om arbeidsavklaringspenger (og gå ned minst 33 prosent i lønn), eller gå tilbake i jobb. Når vedkommende har vært i jobb i 26 uker har han/henne på nytt rett til sykepenger fra NAV i inntil et år. I registerdataene kjenner vi ikke til personenes helsemessige status, og vi kan dermed ikke vite om de oppfatter at de er klare til å returnere til jobb eller ikke. Vi har heller ikke kunnskap om hvor store stillingsbrøker personene har.

Vi belyser problemstillingen indirekte ved å undersøke om det er mange som etter å ha brukt opp sykepengerrettighetene går tilbake i jobb, men kun blir i jobb i de nødvendige 26 ukene, før de så går over på sykepenger igjen. I så fall kan det

indikere at det er en gruppe som burde vært lenger sykmeldt, men som presser seg til å gå tilbake i jobb.

I Figur 5.26 tar vi utgangspunkt i de som har brukt opp sykepengene.²⁶ Dette er definert som mer enn 11 måneders sykmelding. Denne gruppen deler vi i to, de som går over på AAP i løpet av en toårsperiode og de som ikke gjør det.²⁷ For hver av disse gruppene har vi regnet ut hvor mange som har ulik varighet av sitt *lengste* arbeidsforhold uten sykepenge/arbeidsavklaringspenge/uførepensjon. Dette gjør at vi kan se hvor mange som akkurat rekker å tjene seg opp nye sykepenge rettigheter før de igjen får en ytelse, altså hvor mange som er tilbake i jobb i akkurat seks måneder.

Vi ser først på de som bruker opp sykepengene og går over på AAP, men som har perioder tilbake i jobb. Av figuren ser vi at hovedmengden har veldig korte perioder i jobb uten ytelse, og varighetsfordelingen danner en jevn kurve. For de som har lange fravær og *ikke* går over på AAP er det derimot to topper. En topp er ved tolv måneder, noe som er naturlig - vi ser bare på arbeid i løpet av de første to årene, og de har allerede vært ett år sykmeldt. Dette viser altså at det er relativt mange som er sykmeldt omtrent et år, før de går tilbake til jobb fullt. Den andre toppen er som hypotesen tilsier en topp ved fem-seks måneder²⁸.

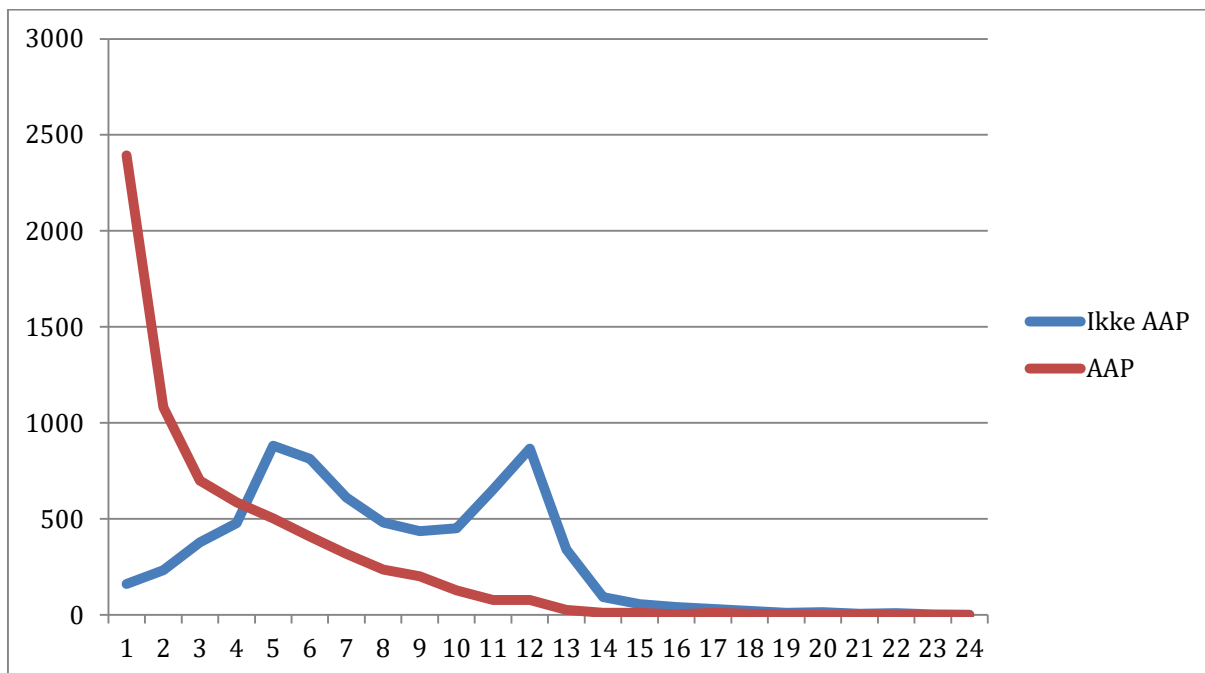
Det er altså en gruppe blant de som har lange sykefravær som har sin lengste periode tilbake i jobb på omtrent 26 uker, og som dermed tjener seg opp ny rett til sykepenge før de på nytt blir sykmeldt. Dette er riktignok ingen stor gruppe. Totalt er det rundt 2000 personer som er i jobb akkurat tilstrekkelig lenge. Det ville imidlertid vært noen som var i jobb av denne varigheten uavhengig av regelverket. Ut fra figuren kan vi anslå at det er rundt 1000 personer mer enn det ville vært med en jevn fordeling av varigheten, noe som utgjør under 2 prosent av alle som får kreft mens de er i arbeid i perioden.

²⁶ Vi har tatt utgangspunkt i fraværet de første 18 månedene, det vil si at ingen av dem ennå har hatt mulighet til å bruke ett år med sykepenge og så tjent seg opp nye sykepenge.

²⁷ Vi har også sammenliknet med de som ikke er sykmeldte like lenge, dette er vist i appendix

²⁸ Vi tolker dette som en topp ved 6 måneder - på grunn av unøyaktigheter i registerdataene

Figur 5.26 Antall personer som har ulik varighet av lengste periode i jobb blant de som har mer enn elleve måneders sykmelding de første 18 månedene



5.5 Regresjoner

Fram til nå har vi sett på bivariate sammenhenger, det vil si sammenhenger mellom ett og ett kjennetegn ved individene/kreften på den ene siden og kjennetegn ved sykefraværet/arbeidstilknytningen på den andre. Hvis det er andre kjennetegn som korrelerer med begge variablene kan man få et for sterkt inntrykk av noen av sammenhengene. For eksempel kan inntekt og yrke henge sammen, og de forskjellene vi har sett i sykefraværet/arbeidstilknytningen for forskjellige yrkesgrupper kan altså "egentlig" ha sammenheng med inntektsforskjeller i ulike yrker. Et interessant spørsmål er dermed om yrke har en betydning for sykefraværet uavhengig av hvilken inntekt personene har.

Ved hjelp av multivariate lineære regresjoner har vi undersøkt betydningen av flere variabler samtidig, og vi reduserer dermed betydningen av utelatte variabler.²⁹ Analysen gir estimater på hvor sterk betydningen av hver av variablene er når "alle andre" kjennetegn er kontrollert for, samt et mål for

²⁹ Vi ønsket i første omgang å gjennomføre en såkalt hendelsesanalyse gjennom en Cox-regresjon, men kravet til proporsjonalitet som ligger til grunn i Cox-regresjonen holder ikke for disse dataene. Dette kan enkelt forklares ved å sammenlikne brystkreft og føflekkreft. Den første måneden man har føflekkreft og brystkreft vil en større andel av de som har føflekkreft komme tilbake i jobb. Dette vil for eksempel være personer med én føflekkreft som enkelt kan fjernes kirurgisk. Av de som enda ikke er tilbake i jobb etter tolv måneder er derimot ikke forskjellen mellom føflekkreft og brystkreft den samme. De som fortsatt er sykmeldt da vil ha føflekkreft av et annet omfang der det sannsynligvis vil være en form for spredning. Forskjellen i sannsynlighet for retur til jobb for brystkreft og føflekkreft er altså ikke proporsjonal over tid. Vi har også kjørt logistiske regresjoner med "marginal effects" for retur til arbeid og overgang til AAP, noe som ga tilsvarende resultater som de lineære regresjonene. Vi har valgt å bare oppgi resultatene fra de lineære regresjonene.

sannsynligheten for at det ikke er noen sammenheng. Dette er markert med stjerner i tabellen der én stjerne betyr signifikant på 10 prosents nivå, mens to stjerner betyr 5 prosents nivå og tre stjerner betyr 1 prosents nivå. Når et resultat er signifikant på 1 prosent nivå, betyr det at det bare er én prosent sannsynlighet for at det ikke er noen sammenheng mellom den aktuelle variabelen og kjennetegn ved sykefraværet/arbeidstilknytningen.

Utvalget i disse analysene er de kreftrammede arbeidstakerne som ikke er døde og ikke har gått av med alderspensjon innen to år. I alle analysene er det valgt en referanseperson med følgende kjennetegn: i aldersgruppa 50 til 59 år, har kreft i fordøyelsesorganene, fått gjennomført kirurgi, men ikke kjemoterapi eller strålebehandling, jobber innen undervisning og fikk kreft i 2010. Personene har en inntekt mellom fire og seks ganger grunnbeløpet, og i de analysene der yrke er inkludert har personene et høyskoleyrke.

For disse kjennetegnene oppgis det dermed ikke estimer, og estimatene som oppgis for de andre verdiene gjelder relativt til verdien som er satt som referansekategori. Vi presenterer fire ulike analyser for hver av tematikkene sykefravær, overgang til AAP og arbeidstilknytning. Det er gjort separate analyser for menn og kvinner. Årsaken er at det er noen krefttyper vi bare (eller nesten bare) finner blant ett av kjønnene - for eksempel brystkreft, som er en stor gruppe.

Videre har vi for henholdsvis kvinner og menn gjort én analyse med data for hele perioden 2000 - 2014, mens vi har gjort én der vi bare har inkludert data fra og med 2008 slik at vi kan inkludere yrke som variabel.

I det følgende presenterer vi resultatene fra regresjonene. I kapittel 5.5.1 er den avhengige variabelen lengden på det totale sykefraværet det første året. Kapittel 5.5.2 tar for seg hvorvidt personene får arbeidsavklaringspenger de første to årene etter diagnosen, og kapittel 5.5.3 hvorvidt de har en jobb to år etter diagnosen.

5.5.1 Mengde sykefravær

I dette avsnittet ser vi på hvordan lengden på sykefraværet varierer med ulike egenskaper ved personene og kreftsykdommen. Den avhengige variabelen er måneder med sykefravær det første året etter diagnosetidspunktet, og varierer dermed fra null til tolv måneder. Vi regner både sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd som sykefravær. For måneder der det både er sykefravær og en av de andre ytelsene er hele måneden regnet som fravær da vi kun har månedsdata for uførepensjon og AAP. Resultatene av analysen er vist i Tabell 5.1 nedenfor.

Konstantleddet viser at referansekvinnen i gjennomsnitt har sju måneder og én uke sykefravær, og dette gjelder i begge analysene.³⁰ For menn er gjennomsnittet noe lavere med seks måneder og tre uker, eller sju måneder om vi kontrollerer for yrke (for referansepersonen med et høyskoleyrke). Fraværet er lengst blant de midtre aldersgruppene blant kvinner. De som er under 30 år har over en halv måned kortere sykmelding enn 50-59-åringene, mens de som er i den eldste aldersgruppen har litt under en halv måned kortere sykmelding i snitt. Dette

³⁰ Se innledningen.

holder seg når vi kontrollerer for yrke. Forskjellene er mindre, men mønsteret er det samme for menn: De yngste og eldste har kortest fravær.

Typer kreft (diagnose) har svært stor betydning for mengden fravær. Kreft i fordøyelsesorganene (referanseverdien) er en av diagnosene med lengst fravær for både menn og kvinner. Som vi også har sett i de bivariate sammenhengene er kreft i pusteorganer den diagnosen hvor personene har lengst fravær. Blant kvinner har denne gruppen i snitt én måned lengre fravær enn de som har kreft i fordøyelsesorganene. For menn er forskjellen mindre, men likevel rundt to uker.

I den andre enden av skalaen er fraværet for personer med føflekk- og hudkreft i gjennomsnitt over fem måneder kortere blant kvinner og nesten fem måneder kortere blant menn enn for de som har kreft i fordøyelsesorganene. Personer med de andre kreftformene har også kortere fravær i snitt enn de som har kreft i fordøyelsesorganene blant kvinner, og fraværet varierer mellom to og en halv måned og én uke kortere fravær. Særlig har personer med kreft i skjoldkirtel, urinorganer og kvinnelig kjønnsorgan korte fravær i gjennomsnitt. For menn er variasjonen tilsvarende, og det er personer med kreft i mannlige kjønnsorganer, i tillegg til skjoldkirtel og urinorganer som har kortere gjennomsnittsfravær her.

Forskjellen mellom type kreftdiagnoser holder seg også når vi kontrollerer for yrkesbakgrunn.

I de bivariate analysene har vi sett at også behandlingsform har stor betydning for varigheten av fraværet. Årsakene kan være flere: Behandlingsmåten kan følge av alvorlighetsgraden av den enkelte krefttypen, og det er variasjoner i hvor syke de kreftrammede blir av selve behandlingen, og hvor langvarig behandlingen er. I tabellen viser vi betydning av hver av de tre behandlingsformene.

Referansepersonen har fått kirurgi (noe som gjelder de fleste - eventuelt i kombinasjon med andre behandlinger). Estimaten viser at de som ikke har fått kirurgi, har 2,5 til 4 uker kortere fravær enn de som har fått det. Videre er det mye lenger gjennomsnittsfravær blant de som får kjemoterapi enn andre. Kvinner er i gjennomsnitt borte tre måneder lengre og menn to måneder og to uker lengre, når de får kjemoterapi enn når de ikke får det.

Snittfraværet blant de som får strålebehandling synes også å være lengre enn blant de som ikke får det, men her er det størst forskjell for menn. Blant menn er fraværet i snitt over en og en halv måned lenger blant de som får strålebehandling enn blant de som ikke får det, mens det for kvinner er tre uker lengre.

Om vi går over til de jobbspesifikke variablene ser vi at det er forskjeller i sykefraværet mellom de forskjellige yrkene. Blant kvinner skiller administrative ledere seg ut med to uker kortere fravær i snitt enn høyskoleyrker. Kontor og kundeservice og akademiske yrker tilsvarer høyskoleyrker i gjennomsnittlig fravær. For salgs-, service- og omsorgsykker, yrker uten krav til utdanning og, prosess- og maskinoperatører og transport er det derimot høyere sykefravær i snitt, henholdsvis to, to og en halv og tre uker.

Også blant menn er det forskjeller mellom yrkene. Her er det akademiske yrker som skiller seg ut med kortest fravær med mellom en og en og en halv uke kortere fravær enn høyskoleyrker i snitt. De andre yrkene har enten samme snitt som høyskoleyrker eller lengre fravær. Mens personer med yrker uten krav til en spesiell kompetanse har nesten en måned lengre fravær, har prosess- og

maskinoperatører, transport, håndverkere og salg-, service- og omsorgsyrker i snitt to og en halv uke lengre fravær enn høyskoleyrker.

Den siste variabelen vi viser i figuren er årsinntekt. Det er en tydelig forskjell i gjennomsnittsfravær for forskjellige inntektsnivåer. Vi ser, slik vi så i den bivariate sammenhengen, at de med lavest inntekt også har kortest fravær, noe som kan tenkes å ha sammenheng med at disse ikke nødvendigvis har rett til sykepenger. Det er relativt lik gjennomsnittslengde på sykefraværet for de som tjener i intervallet to til seks ganger grunnbeløpet blant kvinner.

For de som tjener over seks G er det derimot lavere fravær i snitt, og gruppen som tjener fra seks til åtte G har i snitt én uke kortere fravær, mens de som tjener over åtte G har over tre uker kortere fravær enn de som tjener mellom fire og seks G. Disse forskjellene reduseres litt om vi tar hensyn til yrkesbakgrunn. For menn er forskjellene noe større, og mens de som tjener minst i snitt har over to og en halv måned mindre fravær, har de som tjener mest over en og en halv måned mindre fravær enn referansegruppen som tjener mellom fire og seks G. Når vi kontrollerer for yrke blir forskjellen i fravær noe mindre for gruppen som tjener mest, mens den øker for gruppene som tjener mellom to og fire G.

I analysene har vi kontrollert for næring og år for kreftdiagnosen i tillegg til de variablene vi viser i tabellen. Forskjellene mellom næringer forsvinner til en viss grad når vi kontrollerer for yrke, og særlig blant kvinner. Dette tyder på at det er viktigere for omfanget av sykefravær hva slags yrke man har enn hvilken næring man jobber i.

Tabell 5.1 Måneder med sykefravær etter kreftdiagnose - lineær regresjon

	Kvinner		Kvinner (yrke)		Menn		Menn (yrker)	
	Estimat	Antall	Estimat	Antall	Estimat	Antall	Estimat	Antall
Konstantledd	7,31 ***	31427	7,34 ***	12875	6,82 ***	26779	7,08 ***	11910
Alder (50 til 59 år)		13185		5121		10892		4618
Under 30 år	-0,68 ***	1119	-0,49 ***	479	-0,39 ***	1299	-0,33 **	514
30 til 39 år	-0,13 **	3548	0,06	1450	-0,39 ***	2691	-0,26 **	1121
40 til 49 år	0,17 ***	8273	0,30 ***	3405	-0,16 ***	4279	-0,11	1875
60 til 66 år	-0,41 ***	5302	-0,48 ***	2420	-0,36 ***	7618	-0,38 ***	3782
Krefttype (fordøyelsesorganer)		2919		1223		3694		1575
Andre kreft	-0,72 ***	975	-1,24 ***	421	-0,61 ***	1001	-1,35 ***	437
Brystkreft	-0,65 ***	12554	-0,16	4970				
Føflekk- og hudkreft	-5,39 ***	3607	-5,97 ***	1547	-4,80 ***	3269	-5,26 ***	1401
Kvinnelige kjønnsorganer	-1,77 ***	4872	-2,01 ***	1898				
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev	-0,21 *	1976	-0,74 ***	851	-0,52 ***	3108	-0,73 ***	1354
Mannlige kjønnsorganer					-3,07 ***	9994	-3,59 ***	4782
Kreft i munn, svelg	-0,88 ***	345	-1,32 ***	157	-1,02 ***	706	-1,49 ***	316
Kreft i pusteorganer	1,00 ***	659	0,92 ***	311	0,54 ***	888	0,41 **	326
Kreft i sentralnervesystem	-0,10	1910	-0,84 ***	762	-0,14	1489	-0,59 ***	573
Kreft i skjoldkjertel	-2,44 ***	854	-2,92 ***	399	-2,46 ***	332	-2,97 ***	148
Kreft i urinorganer	-1,77 ***	741	-2,35 ***	326	-2,20 ***	2282	-2,52 ***	989
Behandling (Kirurgi)		27124		10911		18779		8322
Ikke kirurgi	-0,94 ***	4181	-0,62 ***	1921	-0,72 ***	7801	-0,76 ***	3495
Behandling (Ikke kjemoterapi)		13949		5155		13107		4453
Kjemoterapi	3,16 ***	9343	2,97 ***	3672	2,69 ***	4252	2,56 ***	1789
Uviss kjemoterapi	0,81 ***	8135	0,73 ***	4048	0,24 ***	9420	0,56 ***	5668
Behandling (Ikke strålebehandling)		12694		4720		13087		4807
Strålebehandling	0,82 ***	12324	0,33 ***	4558	1,72 ***	5365	1,58 ***	1757
Uviss strålebehandling	-0,41 ***	6409	-0,16	3597	-0,01	8327	-0,21	5346
Yrke (Høyskoleyrker)				3340				2411
Adm .ledere og politikere			-0,42 ***	987			-0,10	1934
Akademiske yrker			-0,14	1972			-0,27 ***	1938
Håndverkere o.l.			0,29	132			0,69 ***	1698
Kontor- og kundeservice			-0,17	1431			0,24	593
Operatører, transport			0,71 ***	279			0,69 ***	1476
Salg, service- , omsorg			0,46 ***	3588			0,55 ***	1193
Yrker innen primærnæring			1,97 **	29			0,62	79
Uten spesielle krav til utd.			0,67 ***	684			1,04 ***	273
Inntekt (Mellom 4 og 6 G)		14649		6103		8581		3620
Under 2 G	-1,99 ***	1402	-2,35 ***	468	-2,82 ***	630	-2,75 ***	259
Mellom 2 og 4 G	-0,11 **	7374	-0,31 ***	2725	-0,36 ***	1364	-0,63 ***	663
Mellom 6 og 8 G	-0,37 ***	5871	-0,21 **	2497	-0,70 ***	8466	-0,55 ***	3808
8 G eller mer	-0,88 ***	2094	-0,51 ***	1045	-1,63 ***	7682	-1,16 ***	3504
Kontroll for næring og år (Resultatet vises ikke)								

For menn er det kort gjennomsnittsfrafravær i offentlig administrasjon, i faglig, og vitenskapelig og teknisk tjenesteyting. Når vi kontrollerer for yrke har også industri, og informasjon og kommunikasjon kortere snittfrafravær enn undervisning. Overnatting og serveringsvirksomhet skiller seg ut med lange frafravær. Resten av næringene har enten like langt snittfrafravær som undervisning, eller så forsvinner forskjellene når vi kontrollerer for yrke.

5.5.2 Overgang til arbeidsavklaringspenger

I dette avsnittet ser vi på hvem som får arbeidsavklaringspenger innen det er gått to år fra de fikk kreftdiagnosen. Dette er altså personer som på ett eller annet tidspunkt i løpet av perioden har fått arbeidsavklaringspenger, men det betyr ikke at de fortsatt har det etter to år. Siden arbeidsavklaringspenger både betyr et inntektstap og redusert stillingsvern, har overgangen til arbeidsavklaringspenger relativt stor betydning for den enkelte.

I Tabell 5.2 viser vi resultatene av regresjonsanalysene for de samme gruppene som i forrige analyse, med de samme referansepersonene.³¹ Også her har vi bruk lineær regresjon, og estimatene kan tolkes som forskjeller i andelen som har fått AAP.

Konstantleddet viser at omtrent 35 prosent av kvinnene og 27 prosent av mennene i referansegruppa får arbeidsavklaringspenger i løpet av de første to årene etter at de fikk en kreftdiagnose. Når vi kontrollerer for yrke er andelen svakt høyere for referanseyrket, som er høyskoleyrker.

Arbeidsavklaringspenger er lite vanlig blant yngre kvinner (under 30 år). For mennene ser det ut til at det er lavere andel på arbeidsavklaringspenger jo yngre de er. Når vi kontrollerer for yrke ser vi at det er en lavere andel som får arbeidsavklaringspenger blant de eldste kvinnene, og at forskjellen for mennene reduseres til en viss grad.

Det er store forskjeller mellom de ulike diagnosegruppene i andelen som får AAP. Igjen skiller kreft i pusteorganene seg negativt ut med nesten 22 prosentpoeng høyere andel av kvinnene som får arbeidsavklaringspenger (altså totalt en andel på over 57 prosent for referansepersonen). I motsatt ende av skalaen finner vi igjen føflekkreft, der under ti prosent av kvinnene får arbeidsavklaringspenger innen to år. Ellers er kreft i fordøyelsesorganene blant diagnosene med høyest andel med AAP, mens særlig kreft i skjoldkjertel, kreft i kvinnelig kjønnsorgan, brystkreft og kreft i urinorganer har lavere andel med arbeidsavklaringspenger. Når vi kontrollerer for yrke er det noen endringer, men hovedtendensen består.

For menn er hovedmønsteret det samme. Kreft i mannlige kjønnsorganer har lav andel med arbeidsavklaringspenger, men ellers er det de samme typene kreft som har lav eller høy andel som får AAP. Dette likner i så måte på hvilke diagnoser som hadde høyt gjennomsnittsfrafravær i regresjonen over.

Også når det gjelder behandling minner estimatene om det vi fant for sykefrafravær. For kvinner er det færre som får arbeidsavklaringspenger blant de som ikke får

³¹ Person mellom 50 og 59 år, som fikk kreft i fordøyelsesorganene i 2010, jobbet i undervisning med en inntekt mellom fire og seks G og bare har fått kirurgisk behandling. For regresjonene der yrke er inkludert har personene et høyskoleyrke.

kirurgi enn blant de som får kirurgi, men dette gjelder ikke for menn. Blant de som får kjemoterapi er det en svært høy andel som får arbeidsavklaringspenger, i alt nesten 57 prosent av kvinnene i referansegruppa og nesten 37 prosent av mennene. Vi ser at det er en større forskjell mellom de som får og ikke får strålebehandling her, og det er omtrent fem prosentpoeng flere av kvinnene som får arbeidsavklaringspenger blant de som har fått strålebehandling enn de som ikke får det, og nesten ni prosentpoeng flere av mennene. For mennene blir andelen større når vi kontrollerer for yrke, mens forskjellen forsvinner for kvinnene.

For kvinner er det en del forskjeller mellom de ulike yrkene. Det er en høyere andel som får arbeidsavklaringspenger blant yrker uten krav til utdanning, salg-, service- og omsorgsykker og prosess- og maskinoperatører. Mens administrative ledere har omtrent den samme andelen som får AAP som høyskoleyrker, skiller kontor og kundeservice og akademiske yrker seg ut med en lavere andel som får AAP enn høyskoleyrkene. For menn har høyskoleyrker, administrative ledere og politikere, akademiske yrker og kontor og kundeservice omtrent samme andel som får AAP. De resterende yrkene har høyere andel med AAP, og særlig yrker uten krav til utdanning og prosess- og maskinoperatører skiller seg negativt ut med høy andel med AAP. Mens omtrent 28 prosent av referansegruppas menn med høyskoleyrker får arbeidsavklaringspenger, får over 35 prosent av de som jobber innen yrker uten krav til utdanning arbeidsavklaringspenger.

Når det gjelder næringer, er det igjen slik at sammenhengene i stor grad forsvinner når vi tar hensyn til yrker (ikke vist i tabellen). For kvinner skiller likevel overnattings- og serveringsvirksomheter seg ut med høy andel som får AAP. Dette gjelder også for menn, men her skiller også bygg og anlegg, helse og sosial, og annen tjenesteyting seg ut med høy andel som får AAP. Det er også en del næringer som har lavere andel med AAP enn utdanning. Særlig er det få innen offentlig administrasjon og innen elektrisitetsforsyning.

Om vi til slutt ser på inntekt, er det store forskjeller i andelen som går over på AAP for de ulike inntektsnivåene. Det er mellom 13 og 17 prosentpoeng færre som får AAP blant personene i de den øverste inntektsgruppen enn i referansegruppen 4-6 G, og 7-9 prosentpoeng færre i den nest øverste inntektsgruppen. Også den laveste inntektsgruppen har lavere andel som får AAP, enn referansegruppen 4-6 G. Forskjellene mellom inntektsnivåene holder seg relativt uendret når vi kontrollerer for yrke.

Tabell 5.2 *Andel av de kreftrammede som får AAP innen to år - lineær regresjon*

	Kvinner		Kvinner (yrke)		Menn		Menn (yrker)	
	Estimat	Antall	Estimat	Antall	Estimat	Antall	Estimat	Antall
Konstantledd	35,20 ***	31427	36,80 ***	12875	26,70 ***	26779	28,30 ***	11910
Alder (50 til 59 år)		13185		5121		10892		4618
Under 30 år	-7,60 ***	1119	-4,06 *	479	-8,90 ***	1299	-5,52 ***	514
30 til 39 år	-1,82 **	3548	1,44	1450	-7,32 ***	2691	-5,13 ***	1121
40 til 49 år	0,30	8273	1,74 *	3405	-3,93 ***	4279	-2,59 ***	1875
60 til 66 år	0,09	5302	-3,47 ***	2420	1,36 **	7618	0,38	3782
Krefttype (fordøyelsesorganer)		2919		1223		3694		1575
Andre kreft	-1,04	975	-7,98 ***	421	1,27	1001	-2,57	437
Brystkreft	-10,80 ***	12554	-7,96 ***	4970				
Føflekk- og hudkreft	-27,80 ***	3607	-34,50 ***	1547	-17,70 ***	3269	-20,20 ***	1401
Kvinnelige kjønnsorganer	-14,90 ***	4872	-18,90 ***	1898				
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev	4,72 ***	1976	-2,66	851	-2,44 **	3108	-5,82 ***	1354
Mannlige kjønnsorganer					-15,60 ***	9994	-18,00 ***	4782
Kreft i munn, svelg	-4,45 *	345	-14,40 ***	157	-5,18 ***	706	-9,94 ***	316
Kreft i pusteorganer	21,70 ***	659	16,50 ***	311	13,00 ***	888	12,60 ***	326
Kreft i sentralnervesystem	7,52 ***	1910	-2,55	762	7,85 ***	1489	4,37 **	573
Kreft i skjoldkjertel	-18,40 ***	854	-23,30 ***	399	-10,40 ***	332	-11,70 ***	148
Kreft i urinorganer	-10,80 ***	741	-19,00 ***	326	-9,10 ***	2282	-11,10 ***	989
Behandling (Kirurgi)		27124		10911		18779		8322
Ikke kirurgi	-5,10 ***	4181	-2,93 *	1921	0,63	7801	0,90	3495
Behandling (Ikke kjemoterapi)		13949		5155		13107		4453
Kjemoterapi	24,90 ***	9343	24,10 ***	3672	15,40 ***	4252	12,90 ***	1789
Uviss kjemoterapi	6,88 ***	8135	7,65 ***	4048	0,27	9420	1,09	5668
Behandling (Ikke strålebehandling)		12694		4720		13087		4807
Strålebehandling	4,57 ***	12324	1,59	4558	8,81 ***	5365	9,65 ***	1757
Uviss strålebehandling	-3,62 ***	6409	-2,76	3597	1,49	8327	1,34	5346
Yrke (Høyskoleyrker)				3340				2411
Adm ledere og politikere			-1,98	987			1,23	1934
Akademiske yrker			-2,15 *	1972			-1,30	1938
Håndverkere o.l.			7,09 *	132			5,83 ***	1698
Kontor- og kundeservice			-2,86 *	1431			0,59	593
Operatører, transport			8,08 ***	279			6,97 ***	1476
Salgs, service, omsorg			3,89 ***	3588			4,77 ***	1193
Yrker innen primærnæring			10,20	29			16,30 ***	79
Yrker uten krav til utd			8,23 ***	684			9,70 ***	273
Inntekt (Mellom 4 og 6G)		14649		6103		8581		3620
Under 2G	-3,09 **	1402	-5,99 ***	468	-7,47 ***	630	-9,62 ***	259
Mellom 2 og 4G	3,15 ***	7374	2,14 **	2725	4,70 ***	1364	0,73	663
Mellom 6 og 8G	-8,00 ***	5871	-7,46 ***	2497	-8,65 ***	8466	-7,10 ***	3808
8G eller mer	-16,70 ***	2094	-14,30 ***	1045	-16,10 ***	7682	-12,90 ***	3504
Kontroll for næring og år (Resultatet vises ikke)								

5.5.3 Andelen som arbeider etter to år

I Tabell 5.3 har vi oppgitt resultatene fra en lineær regresjon der den avhengige variabel er om en person arbeider etter to år. I gjennomsnitt for referansepersonen er det 55 prosent av kvinnene og 60 prosent av mennene som er i jobb på dette tidspunktet. For begge kjønn er det en svakt lavere andel som er i jobb om vi tar hensyn til yrke - det vil si for personer med et høyskoleyrke.

Betydningen av alder er forskjellig blant kvinner og menn. Blant kvinner er det bare gruppen 30 til 39 år og 60 til 67 år som skiller seg fra referansealderen på 50 til 59 år. Det er en lavere andel som har returnert til jobb i begge gruppene, men andelen er mye lavere for den aller eldste gruppen. I forhold til referansekvinnen er det nesten 12 prosentpoeng færre i aldersgruppen 60 til 66 år som er tilbake i jobb. Når vi kontrollerer for yrke er ikke forskjellen like stor, men den er fortsatt markant. Det tyder på at forskjeller i yrkessammensetning forklarer noe av forskjellene mellom aldersgruppene blant kvinner. For kvinner mellom 30 og 39 år er det motsatt, og det er en lavere andel som har returnert til jobb i denne gruppen når vi kontrollerer for yrke.

For mennene er det signifikante forskjeller mellom alle aldersgruppene. Her synes det i større grad å være slik at det er færre som returnerer til jobb jo eldre man er. I de to yngste aldersgruppene returnerer i overkant av seks prosentpoeng flere til jobb enn i aldersgruppen 50 til 59 år. Tilsvarende er det en mye lavere andel av de som er i 60-årene som returnerer til arbeid. Blant disse er det nesten 14 prosentpoeng færre som er i jobb.

Om vi kontrollerer for yrke blir sammenhengene svakere, men det er fortsatt en signifikant forskjell mellom aldersgruppene, og det synes fortsatt å være en større andel som returnerer til jobb jo yngre man er. Den svært lave returen til arbeid blant de aller eldste må sees i sammenheng med muligheten til tidligpensjon i denne gruppen. Vi så i de to forrige avsnittene at gruppa hadde mindre sykefravær, og ikke høyere andel som fikk AAP enn de noe yngre.

Det er store forskjeller mellom de ulike krefttypene i andelen som er tilbake i jobb etter to år. Vi ser at kreft i pusteorganene skiller seg ut fra de andre ved å ha svært lav andel som returnerer til jobb. Blant kvinner er returandelen på omtrent 35 prosent. I den andre enden av skalaen er føflekk- og hudkreft, brystkreft og kreft i skjoldkirtelen som har returandeler på mellom 64 og 77 prosent for kvinner. For menn er forskjellene noe mindre, men det er de samme krefttypene som skiller seg ut også her. Vi ser at kreft i mannlige kjønnsorganer i tillegg skiller seg ut positivt med høye andeler som returnerer til jobb. Når vi kontrollerer for yrke er det for det meste enda større forskjeller mellom krefttypene.

Det er også en god del forskjeller i andelen som er tilbake i jobb for de ulike behandlingsformene. Særlig har det stor betydning om den kreftrammede får kjemoterapi eller ikke. Blant kvinnene som har fått kjemoterapi er det 15-16 prosentpoeng færre som er tilbake i jobb, og blant mennene 7-9 prosentpoeng færre. Dette gjelder altså selv om vi har kontrollert for krefttype.

For menn er det lavere andel som returnerer til jobb blant de som ikke får kirurgi, mens dette ikke gjelder for kvinner. For strålebehandling er det også kjønnsforskjeller i andelen som returnerer til arbeid. Blant menn er det i overkant

av seks prosentpoeng færre som returnerer til arbeid blant de som har fått strålebehandling enn blant de som ikke har fått det. Denne forskjellen holder seg også når vi kontrollerer for yrke. For kvinner er forskjellen mindre og den forsvinner når vi kontrollerer for yrke.

Også når det gjelder yrker er det tydelige forskjeller i andelen som er tilbake i jobb etter to år. For kvinner er det særlig yrker uten krav til utdanning, prosess- og maskinoperatører og salgs- service og omsorgsykker som skiller seg ut negativt med få personer som returnerer til arbeid. I motsatt ende er det en større andel blant administrative ledere, kontor og blant kontor- og kundeserviceyrker enn blant høyskoleyrker. For menn er det relativt like resultater, men her er skiller ikke kontor og kundeserviceyrker seg fra høyskoleyrkene.

Det er også forskjeller knyttet til næring, men som i de andre regresjonene forsvinner mange av disse når vi kontrollerer for yrke. For kvinner er det igjen overnattings- og serveringsvirksomhet som har lav andel som returnerer til jobb i tillegg til transport og forretningsmessig tjenesteyting. I andre enden av skalaen er det en veldig høy andel som returnerer til bergverksdrift og utvinning. For menn er det faglig, vitenskapelig og teknisk tjenesteyting og kulturell virksomhet som har høyest andel som returnerer til arbeid, mens det på samme måte som for kvinner er overnattings- og serveringsvirksomhet som skiller seg ut negativt med lave returandeler.

Inntektsforskjellene er store for retur til arbeid, og det gjelder for en stor del uavhengig av yrke. Mens personer i de høyeste inntektsgruppene har større andel som returnerer til arbeid, særlig blant menn, er det lavere grad av retur blant de laveste lønnede. Forskjellen i andelen av gruppen som returnerer til arbeid blant de høytlønte og lavtlønte er på mellom 18 og 28 prosentpoeng.

Tabell 5.3 *Andel av de kreftrammede som er i jobb etter to år - lineær regresjon*

	Kvinner		Kvinner (yrke)		Menn		Menn (yrker)	
	Estimat	Antall	Estimat	Antall	Estimat	Antall	Estimat	Antall
Konstantledd	54,90 ***	31427	53,50 ***	12875	60,40 ***	26779	57,10 ***	11910
Alder (50 til 59 år)		13185		5121		10892		4618
Under 30 år	-0,17	1119	-1,42	479	6,31 ***	1299	4,19 *	514
30 til 39 år	-2,63 ***	3548	-4,61 ***	1450	6,30 ***	2691	3,31 **	1121
40 til 49 år	0,69	8273	0,09	3405	4,51 ***	4279	4,09 ***	1875
60 til 66 år	-11,90 ***	5302	-8,34 ***	2420	-13,70 ***	7618	-11,10 ***	3782
Krefttype (fordøyelsesorganer)		2919		1223		3694		1575
Andre kreft	-0,66	975	3,47	421	1,09	1001	4,85 *	437
Brystkreft	10,30 ***	12554	8,66 ***	4970				
Føflekk- og hudkreft	22,10 ***	3607	27,00 ***	1547	15,90 ***	3269	18,40 ***	1401
Kvinnelige kjønnsorganer	9,80 ***	4872	12,30 ***	1898				
Kreft i lymfatisk og bloddannende vev	0,73	1976	6,90 ***	851	4,17 ***	3108	7,13 ***	1354
Mannlige kjønnsorganer					14,60 ***	9994	17,00 ***	4782
Kreft i munn. svelg	3,05	345	6,76	157	4,69 **	706	8,61 ***	316
Kreft i pusteorganer	-19,90 ***	659	-18,40 ***	311	-12,40 ***	888	-12,50 ***	326
Kreft i sentralnervesystem	-3,35 **	1910	-2,11	762	-4,53 ***	1489	-1,68	573
Kreft i skjoldkjertel	13,50 ***	854	22,00 ***	399	12,80 ***	332	16,20 ***	148
Kreft i urinorganer	7,78 ***	741	9,60 ***	326	4,04 ***	2282	4,97 ***	989
Behandling (Kirurgi)		27124		10911		18779		8322
Ikke kirurgi	-0,65	4181	-1,60	1921	-2,53 ***	7801	-2,74 **	3495
Behandling (Ikke kjemoterapi)		13949		5155		13107		4453
Kjemoterapi	-15,10 ***	9343	-16,20 ***	3672	-9,34 ***	4252	-7,19 ***	1789
Uviss kjemoterapi	-5,90 ***	8135	-6,78 ***	4048	-0,58	9420	-0,84	5668
Behandling (Ikke strålebehandling)		12694		4720		13087		4807
Strålebehandling	-1,60 **	12324	0,06	4558	-6,51 ***	5365	-7,87 ***	1757
Uviss strålebehandling	4,67 ***	6409	4,47 **	3597	-0,06	8327	-0,94	5346
Yrker (Høyskoleyrker)				3340				2411
Adm ledere og politikere			3,65 **	987			1,85	1934
Akademiske yrker			1,17	1972			3,33 **	1938
Håndverkere o.l,			-7,52 *	132			-5,60 ***	1698
Kontor- og kundeservice			4,17 **	1431			-1,09	593
Operatører, transport			-7,47 **	279			-5,92 ***	1476
Salg, service, og omsorg			-2,48 *	3588			-5,96 ***	1193
Yrker innen primærnæring			-13,40	29			1,60	79
Yrker uten krav til utd			-6,05 ***	684			-8,84 ***	273
Inntekt (Mellom 4 og 6G)		14649		6103		8581		3620
Under 2G	-7,54 ***	1402	-4,32 *	468	-9,27 ***	630	-7,56 **	259
Mellom 2 og 4G	-5,14 ***	7374	-5,53 ***	2725	-11,00 ***	1364	-9,40 ***	663
Mellom 6 og 8G	5,99 ***	5871	6,85 ***	2497	11,40 ***	8466	11,10 ***	3808
8G eller mer	14,80 ***	2094	14,30 ***	1045	18,50 ***	7682	14,60 ***	3504
Kontroll for næring og år (Resultatet vises ikke)								

6 Tilrettelegging for kreftrammede - sett fra arbeidsgiveres ståsted

Et overordnet formål med prosjektet er å identifisere og beskrive arbeidsgiveres muligheter til og barrierer for god tilrettelegging for ansatte som har eller har hatt kreft. Som nevnt innledningsvis er det få studier av arbeidsgiveres erfaringer med kreftrammede i arbeidslivet. Vår studie er et skritt på veien for å belyse arbeidsgiverperspektivet i sykefraværsoppfølgingen av kreftrammede.

I dette kapitlet presenterer vi de seks ulike casene som inngår i prosjektet. En casestudie fokuserer på en eller flere organisasjoner, eller grupper innen organisasjoner, med den hensikt å analysere omgivelsene og prosessene som er involvert i fenomenet som studeres (Meyer, 2001). I dette kapitlet synliggjør vi erfaringer med å tilrettelegge for kreftrammede ansatte for ulike arbeidsgivere innenfor kontor, frie yrker, akademia, helse- og omsorg, manuelle yrker og utdanningssektoren.

Vi ser på sammenhenger mellom dimensjoner ved yrker og arbeidsoppgaver og institusjonelle rammebetingelser på den ene siden og arbeidsgiveres handlingsrom for å tilrettelegge for arbeidsnærvær for kreftrammede på den andre. Her har vi vært opptatt av å trekke inn hvordan kontekstuelle faktorer påvirker tilretteleggingen, siden arbeidsgiveres rammebetingelser er forholdsvis forskjellige i de ulike casene (Andersen, 1997). Videre ønsket vi å se casene i sammenheng og sammenlikne på tvers for å finne ut mer om generelle påvirkningsfaktorer.

Først i kapitlet beskriver vi i korte trekk noen viktige rammebetingelser for arbeidsgivere etter Arbeidsmiljølovens § 4-6. Her gir vi innblikk i ulike former for tilrettelegging som arbeidsgivere oppfordres å benytte ut fra lovverket og NAVs anbefalinger. Videre presenterer vi de seks ulike casene og viser hvordan arbeidsgivere i ulike sektorer og bransjer har tilrettelagt for at kreftrammede skal komme tilbake til jobb. Her beskrives hvilke barrierer og løsninger for tilrettelegging og arbeidsnærvær som kan identifiseres i de ulike casene.

6.1 Lovpålagte rammer for tilrettelegging

På grunnlag av intervjuene med kreftrammede og tidligere forskning, har vi sett at flere kreftrammede har behov for tilrettelegging på arbeidsplassen når de er under behandling og etter at behandlingen er over. Prognoser viser at antall nye krefttilfeller vil øke sterkt i tiden fremover³², og mange har behov for ulike former for tilrettelegging i lang tid etter at behandlingen er avsluttet.

Ifølge Arbeidsmiljøloven skal arbeidsgiver så langt det er mulig iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal beholde eller få tilpasset arbeid dersom vedkommende har fått redusert arbeidsevne etter sykdom. Arbeidsgiver skal fortrinnsvis gi arbeidstaker anledning til å fortsette i sitt vanlige arbeid, eventuelt

32

https://kreftforeningen.no/Global/Om%20Kreftforeningen/innspill%20til%20stbudsjett%202015_samlet.pdf

etter særskilt tilrettelegging av arbeidet eller arbeidstiden (Arbeidsmiljøloven § 5-6 (1)).

Arbeidsgiveres tilretteleggingsplikt er ufravikelig og vidtrekkende. Arbeidsgiver kan få tilretteleggingstilskudd fra NAV for tiltak for arbeidstakere som har risiko for å bli sykmeldt eller som er sykmeldt og mottar enten sykepengen eller arbeidsavklaringspenger. Slike ordninger er aktuelle for krefttrammede. Arbeidsgivere må sende søknad og få vedtak om tilretteleggingstilskudd før det planlagte tiltaket eller innkjøpet blir gjennomført.

Når arbeidstakere og arbeidsgivere skal vurdere tilrettelegging (jamfør retningslinjer i rapporteringsskjema til NAV) er det noen spørsmål om tilretteleggingsmuligheter som går igjen: for eksempel om den ansatte kan gjøre egne oppgaver, ny arbeidsfordeling, lettere arbeid, redusert mengde, nye rutiner, å kunne være veileder for andre, slippe lederansvar, jobbe (mer) sammen med andre, hospitere på en annen avdeling i bedriften, skjermes fra enkelte oppgaver/ situasjoner, og mer.

Tilrettelegging med hensyn til arbeidstid kan handle om å gi den ansatte fleksibel arbeidstid, mer tid til å utføre arbeidet, justering av skift/vaktplan, hyppigere og lengre pauser, og/eller fri til behandling/rehabilitering. Arbeidsgiver har også forpliktelser knyttet til å legge til rette for funksjonsnedsettelse i form av fysisk tilpasning og hjelpemidler.

Overnevnte spørsmål rundt tilrettelegging skal arbeidstakere og arbeidsgivere diskutere fortløpende dersom arbeidstakere har funksjonsnedsettelse og/eller er eller har vært sykmeldt. Videre skal arbeidsgiver og den sykmeldte i fellesskap utarbeide en oppfølgingsplan (se s.3.6.1).

Som vi har vært inne på tidligere tilbyr NAV også en rekke tiltak/virkemidler som kan benyttes ved sykefravær (se 3.6.4). Noen av disse er forbeholdt IA-virksomheter. Alle IA-bedrifter har en kontaktperson i NAV arbeidslivssentrene som kan bistå arbeidsgivere med forebyggende og helsefremmende arbeid. Hensikten med arbeidslivssentrene er nettopp å styrke nærværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.

Etter behandling hadde de fleste arbeidstakerne vi intervjuet behov for ulike former for tilrettelegging. Noen fikk en psykisk knekk etter behandlingen og/eller fikk den største negative effekten av cellegiftbehandlingen etter at siste kuren var avsluttet. Fleksibilitet i arbeidsoppgaver, arbeidstid og muligheter for å skjerme seg på dårlige dager var viktig for flere.

En riktig innfasing og tilrettelegging kan forebygge sykmelding og være en fruktbar investering for bedriften. Det kan imidlertid være noen utfordringer knyttet til å få til gode løsninger som kommer både ansatte og bedriften til gode. Vi skal nå gå inn i de seks casene og se nærmere på hvilke barrierer og løsninger våre arbeidsgiverinformanter møter. Hvordan håndterer arbeidsgivere ulike dilemma med tilrettelegging i forskjellige deler av det norske arbeidslivet?

6.2 Akademia

Vi valgte ut universitetssektoren og lederes erfaringer med vitenskapelig personale fordi vi ønsket å belyse handlingsrommet for arbeidsgivere i å tilrettelegge i yrker med høy grad av autonomi. Stillingene er ofte sterkt knyttet til den enkelte ansattes kompetanse/nettverk/mv. Akademikere har generelt sett et lavere sykefravær enn de fleste andre yrkesgrupper og høyt utdannede har oftere gradert sykmelding enn grupper med lav utdanning.

Arbeidsoppgavene på de instituttene vi har besøkt består av blant annet forskning, eksperiment- og forsøksarbeid ute og i laboratorium, samt undervisning på bachelor-, master- og doktorgradsnivå. Forskerarbeidet innebærer nettverksbygging, reising og skriving. En skal holde seg oppdatert på forskningen på feltet, holde kontakten med fagmiljøet, arrangere konferanser og utadrettet virksomhet i form av mediehenvendelser, forelesninger og konferansebidrag mv. Forskere er avhengig av å publisere internasjonalt for å vedlikeholde forskerkarrieren og skaffe økonomiske midler. Sektoren er dermed preget av at det er kompetansen og ytelsen som gir grunnlaget til maktfordeling og sosial status.

Ved alvorlig sykdom og lengre sykmelding kan forskeren tape muligheter og avansement. Institusjonen kan miste midler, i verste fall store prosjekter. Det er imidlertid forskeren personlig som tar den største kostnaden – både helsemessig og karrieremessig. Et lengre opphold i arbeidet kan føre til at forskningen blir mindre relevant. Akademia har en relativt stor andel av midlertidig ansatte i prosjektstillinger (stipendiater og post doc). Både midlertidige og faste ansatte jobber på prosjekter med leveringsfrister.

De fleste forskere har undervisningsoppgaver i tillegg til forskningen. Noen institutter er undervisningstunge med mange ulike studier og kurs. Timeplaner skal legges i god tid i forkant. Til tross for at arbeidspresset kan føre til stress, er forskning en sektor hvor det er høy grad av fleksibilitet, noe som kan gi arbeidsgiver gode muligheter for tilrettelegging. Kombinasjoner av høye krav og stor egenkontroll og selvbestemmelse i sektoren kan forklare hvorfor denne sektoren generelt har et lavere sykefravær enn andre yrker (se Karasek og Theorell, 1990).

Hvordan sikre god tilrettelegging for kreftrammede forskere?

Forskere har generelt stor arbeidsmengde og mye individuelt ansvar. Akademia blir ansett å være «et grådig yrke» med utømmelige behov for arbeidsinnsats (se Hoter og Løvbakk, 2011). I en innfasing etter et lengre sykefravær kan det være fornuftig å ikke gå rett inn i store oppgaver.

Et sentralt spørsmål i akademia er hvordan lederne i samarbeid med forskeren kan sikre en myk start og riktig innfasing av oppgaver. En av instituttlederne vi intervjuet var f.eks. usikker på hvilken arbeidskapasitet den sykmeldte forskeren ville komme tilbake med. Leder tok dermed hensyn til uforutsigbarheten i planleggingen av returen:

Vi har et kurs hun kunne starte med, så hun kan prøve seg delvis i starten. Hun skjønner at hun har mindre krefter enn tidligere. Jeg har tenkt å ta inn en vikar for å undervise på hennes tidligere kurs, så kan hun gjøre andre ting som ikke krever like mye som den stillingen hun hadde.

Følgende illustrerer noe av det samme:

Vi må sikre dette systemet litt og spille kortene riktig i innfasingen. Dette er en person som har jobbet veldig, veldig mye mer enn timene som er lagt. Vi kan ikke forvente at han kommer tilbake på samme måte. Han har vært en ledende fagperson her og en sparringspartner for veldig mange.

Å følge opp masterstudenter kan være omfattende; Ofte er det mange undervisningstimer og mye veiledning. Og man må være tilgjengelig og svare på spørsmål fra studenter. Studenter kan også ha behov for emosjonell støtte i sitt masterarbeid, som kan være krevende å håndtere, når man selv er tilbake fra alvorlig sykdom. Det å forberede seg til undervisningen, og samtidig slite med senvirkninger i form av konsentrasjonsvansker og utmattelse, kan for enkelte være en utfordring. Det å starte med f.eks. veiledning av doktorgradsstudenter, og la andre overta den brede kontakten og oppfølging av masterstudenter, kan ifølge vår informanter kanskje være en god løsning?

På institutter som har en viss størrelse vil det være midlertidig ansatte som kan gå inn og ta undervisningsoppgaver. Vi spurte en av instituttlederne om hvilket handlingsrom hun har for å erstatte deler av oppgavene til en forsker som er ute i full eller delvis sykmelding:

Handlingsrommet blir veldig tilfeldig og avhengig av de man har inne. Det er godt vi har både undervisning og forskning. Vi har et masterstudium med 40 studenter og mange av dem er ferdige hvert år. Vi var heldig og hadde ledig kapasitet. Han har vært fleksibel og overtatt mye undervisning i høst. Vi kunne også leie inn gjesteforelesere for å ta deler av undervisningen.

Tilrettelegging over tid - barrierer og løsninger

Selv om det er mulig å sette inn en vikar til å ta undervisningen for en etablert forsker som er helt eller delvis borte fra arbeidet, kan ikke en forsker fullt ut erstattes.

På ett av instituttene vi besøkte drives utstrakt førsøksvirksomhet som den kreftrammede forskeren ikke lenger kan utføre på grunn av en operasjon. Tilretteleggingen har skjedd gjennom at forskeren jobber med skriving og undervisning, mens førsøksvirksomheten er overtatt av andre. Instituttlederen forteller at denne endringen er uproblematisk:

En av mine forskere kom tilbake, men kan ikke utføre førsøk lenger, men vi kan jo være fleksible. Han er fysisk sterkt redusert, men det er ikke noe problem å dekke opp det praktiske. En forsker kan bidra med mye selv om de ikke kan gjøre alt de gjorde før. Det er ikke slik som i en del andre arbeidssituasjoner at en bare kan komme tilbake til akkurat det man gjorde før sykdommen.

Midlertidig ansatte

Som nevnt er det en stor andel midlertidig ansatte i undervisnings- og forskningssektoren. Post doc- og stipendiatstillinger regnes som nødvendig for å få en fast forskerstilling. En personalkonsulent vi intervjuet på ett av instituttene har erfaring med en kreftrammert stipendiat som gikk sykmeldt i over ett år og etter hvert fikk AAP. Midlertidig ansatte kan få forlenget prosjektperioden ved sykmelding. Instituttleder forteller:

Det er forskjeller mellom en midlertidig ansatt, og en fast forsker innenfor et smalt felt. Vi skal jo levere på prosjekter vi har fått, og det kan være vanskelig å få en kvalifisert inn. Da blir vi også avhengig av andre ansatte her, men det er ikke sikkert at noen kan ta over. En stipendiat eller midlertidig ansatt på prosjekt kan jo få forlenget perioden (...)

Vi vet ikke hvilken restarbeidsevne hun kommer tilbake med. Vi vet ikke hva vi kan forvente, men vi vet at hun ikke kommer tilbake med den arbeidskapasiteten hun hadde. Det er mange løse faktorer, vedkommende hadde så mange ting.

Arbeidsgiveres dilemma

En leder fortalte at bruk av vikarer kunne bli en belastning over tid siden de var så undervisningstunge. Når en av de ansatte som har mange kurs og undervisningsoppgaver er ute over en lengre periode kan det bli mindre pusterom for andre forskere til å kunne fordype seg i artikkelskriving. En instituttleder fikk utfordringer underveis med å dekke opp alle undervisningsoppgavene fordi sykdomsforløpet til forskeren som var kreftrammet gikk over lang tid, og gikk i bølger slik at det kunne være vanskelig å planlegge. Et uforutsigbart løp hvor man ikke er sikker på hvilken form den ansatte er i og om man kan ta den undervisningen den dagen eller ikke, kan representere et dilemma i en undervisningsinstitusjon.

Et annet arbeidsgiverdilemma som kom til syne i dette caset oppstår når sykdommen strekker seg utover fireårsperioden som gjelder for midlertidig ansatte, og lederen står overfor et valg om å ansette vikaren. Ifølge Arbeidsmiljøloven §14-9 (1) skal hovedregelen være fast ansettelse dersom arbeidsgiver har et varig behov for arbeidskraft. Men i situasjoner hvor det er uforutsigbart om personen bli frisk, og i hvilken grad behovet for vikar blir varig, kan det oppstå praktiske (og etiske) dilemma. Her er det viktig å avklare med vikaren eventuelle forventninger begge parter har etter den midlertidige ansettelsen er over. Hvis arbeidsgiver ser at løpet strekkes ut over fire år må hun ta den såkalte fireårsregelen (Arbeidsmiljøloven § 14-9. 5 ledd) i betraktning. Både Arbeidsmiljøloven og Tjenestemannsloven har vilkår for midlertidighet som arbeidsgivere bør ha kunnskap om.³³

6.3 Frie yrker/konsulent

Neste case har vi kalt frie yrker/konsulent og har endel likhetstrekk med forskningssektoren med hensyn til leveranser og prosjektarbeid. Men som vi skal se er det også flere forskjeller for eksempel når det gjelder krav til leveranser, budsjettansvar, spisskompetanse og ansvar for kunder/ oppdragsgivere.

Virksomhetene vi har rekruttert er dynamiske og endringsvillige høykompetansebedrifter hvor medarbeiderne må ha utdanning på høyskolenivå. Vi har som rekruttert informanter fra et arkitektkontor, en mediebedrift, en ingeniørbedrift og

³³ Formålet med fireårsregelen er å hindre misbruk som følge av gjentatt og langvarig bruk av midlertidig ansettelse. Hentet fra: <https://www.forskerforbundet.no/arbeidsvilkar/midlertidig-tilsetting/> Hentedato: 25.6.2015.

to ulike bedrifter innen salg/finans. Yrkene kjennetegnes av høy grad av selvstendighet og egenkontroll over arbeidsoppgavene. Ansatte besitter dybdekunnskap og jobber selvstendig i prosjekt og/eller ute med kunder. Et sentralt kjennetegn ved yrkene som inngår er stor grad av frihet til å styre egen arbeidstid og oppgaver, kombinert med høye og tydelige krav til leveranser i prosjekt.

Yrkene og arbeidsoppgavene har i så måte en del likhetstrekk med arbeidet i universitetssektoren, samtidig skiller de seg ut ved at «kostnaden» ved at en ansatt har redusert arbeidsevne i større grad er knyttet opp mot virksomhetens felles måloppnåelse enn hva det er for en forsker innen universitetssektoren. I konsulentbransjen måles gjerne den ansattes innsats i bedriften ut fra faktureringsgrad og (ekstra)innsatsen belønnes ofte gjennom bonusordninger. I yrkene i dette caset er det vanlig at de ansatte må yte ekstra utover normalarbeidsdagen for å oppnå karrieremuligheter. I alle yrkene er det krav om at den ansatte er aktiv og innovativ. Overtid er utbredt i yrkene som inngår. I journalistbransjen er det turnusordninger, men ikke i de øvrige yrkene som inngår.

Tidspress og høye krav til leveranser

I mediebransjen jobber journalister med nyheter og politikk, og det er stor konkurranse om de attraktive jobbene. Vi har intervjuet redaksjonssjefer i et stort selskap som driver innen tv-/radiojournalistikk, og her er det vanlig med turnus/kveldsjobbing. Bransjen preges også av at mange jobber overtid natt og kvelder for å ferdigstille saker.

Som nevnt tidligere kan nattarbeid gi fysiologiske og/eller psykiske sidevirkninger. Studier har også vist at f.eks. journalistyrkene har flere stressfaktorer enn andre yrker.³⁴ Sterk konkurranse i medie-Norge fører til at journalistene må være "på" og skjerpet. Det kommer oppdateringer minutt for minutt, og for en leder er det avgjørende at de ansatte kan agere raskt når nye saker/situasjoner dukker opp. En redaktør forteller om det psykiske presset og trykket som ligger i å være i beredskap for siste nytt i det politiske nyhetsfeltet:

Psykisk er jo denne jobben en kjempeutfordring fra før. Vi er jo en nyhetsproduksjon og har ting som må løses. Hurtighet er et nødvendig kriterium.

Mye av arbeidet til journalister foregår utenfor «vanlig» arbeidstid. Hvis journalisten har ansvar for en morgensending i radio eller tv, må han eller hun stille på jobb klokka 05:00. Begge redaktørene vi intervjuet var opptatt av at en lav mestringsfølelsen hos den sykmeldte var belastende for både kollegaene og den sykmeldte selv. Jobbkulturen kan være krevende for den som er redusert på grunn av sykdom. En av redaktørene forteller hvordan kollegatrykket kan føre til at noen velger å ikke komme tilbake før de er helt friske:

Jeg tror også at arbeidstaker opplever et stort press fra sine kollegaer med ordninger om å legge til rette. Når vedkommende går på jobb og ser at en produserer noe som ikke bidrar inn i det daglige trøkket. De andre må stresse mer og det i seg selv er det ikke alle som tager like godt. Derfor pusher en seg kanskje mer enn arbeidsgiver egentlig vil. Det var derfor den

³⁴ Studier fra Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har vist at journalister har større arbeidsmiljøbelastninger enn andre arbeidstakere, og at det kan mangle en balanse mellom arbeidsbelastningene og ressursene journalistene har tilgang til på arbeidsplassen (Grimsø og Heen, 2012).

aktive sykmeldingen var så bra. En visste at det ikke gikk ut over andre. Hovedpoenget mitt er at kollegatrykket kan gjøre terskelen for å komme tilbake høyere. En orker ikke være den som sinker.

Handlingsrommet for å tilrettelegge for en kollega som jobber redusert og eventuelt ikke er helt i form kan være mindre i tv/radio-avdelingen enn i skriftlig media, fordi det er få andre oppgaver å gripe fatt i. Det er i egen stilling man i første rekke kan tilrettelegge. Ifølge en annen redaksjonssjef er han ofte avhengig av andre kollegaers velvilje når alternative turnuser skal etableres. I tillegg har det generelle nyhetsbilde også betydning:

Jeg tror det har mye å si at kollegaer har forståelse for at en kan prøve seg litt. Folk her har forståelse for det. Det er harde bud og høyt tempo her, så det forstår kollegaer rundt, men det er ikke sikkert at vi hadde hatt muligheter for å tilrettelegge like godt om vi stod midt oppe i et valg for eksempel.

Løsningen denne lederen fant for den kreftrammede TV-journalisten var å la ham jobbe i radio i en periode da han hadde tydelige sykdomstegn som gjorde det vanskelig å være på tv. Lederen mener det er viktig å ha en åpenhet rundt hva som skal til for å kunne jobbe helt eller delvis og la den ansatte selv komme med forslag:

Kunsten er å la dem kjenne etter slik at vi kan legge til rette. Vi tok ham av sendingene på tv til han fikk tilbake håret. Han kunne jobbe i radio uten problem. Vi gjorde om på turnusen og han har ytret et ønske om å ikke jobbe de tidligste vaktene. Da får andre ansatte flere tidligvakter, men jeg prøver å fordele det jevnt. Han trenger ikke andre tilrettelegginger enn dette.

En gradvis tilnærming gjennom at reporteren slapp å være på TV fungerte ifølge lederen godt. Intervjuene med redaksjonssjefene tyder på at de kan gjøre en del for å endre arbeidstiden, men det ligger begrensninger som følge av at dette kan medføre ugunstig arbeidstid for de øvrige ansatte. Å jobbe med redusert tempo i perioder kan være en mulighet for deler av staben, men det er varigheten av tilretteleggingsbehovet som kan bli den største utfordringen. Vårt inntrykk er at på kort sikt har de færreste ledere utfordringer knyttet til tilrettelegging. Det er belastningen på arbeidsmiljøet over tid, og de høye kravene til effektivitet og innovasjon som i hovedsak danner begrensninger i tv-/radiobransjen. I andre bransjer kan det være ulike dimensjoner ved yrket som spiller inn.

I dette caset har vi intervjuet ledere ved relativt store bedrifter. De jobber internasjonalt og har mange ansatte. Arkitekter og en del konsulentfirma organiserer arbeidet i prosjektteam. De større kontorene kan ha stor fleksibilitet for de ansatte med hensyn til hvilke områder de kan jobbe på. Arbeidspresset kan gå i bølger og intensiveres i perioder med store leveranser. Mange kan jobbe med konkurranser om å få prosjekter. I perioder med mange prosjekter kan det bli mer jobb for noen, og lederne vi intervjuet forteller at de er vant til omrokking og derfor har utviklet gode rutiner for bemanningskoordinering. På et stort arkitektkontor er organiseringen av personalet en del av oppgavene og de har stor grad av fleksibilitet når det kommer til bemanning. Både når det gjelder tempo og arbeidstid er det muligheter for tilrettelegging. En av lederne forteller om et relativt stort handlingsrom for å fordele personalressurser:

Han ene som fikk kreft fikk etter hvert behov for å slippe prosjektlederansvaret fordi han var noe redusert etter behandlingen. Han fikk jobbe hjemme og styre dagene selv. Han har likevel vært her mye. Han er borte innimellom fordi han har dårligere immunforsvar som følge av sykdommen og behandlingen. Det kan være en utfordring her fordi mange har overordnet ansvar. Da legger vi til rette for litt mindre ansvar i perioder, og omrokkerer der det er behov.

Som lederen er inne på har man i større arkitektkontor ofte allerede en etablert rutine for omrokkeringer, både når det gjelder ansvars- og myndighetsforhold, samt funksjoner. En erfaren arkitekt er en verdifull partner for mindre erfarne arkitekter. Tilretteleggingen for en senior kan være at vedkommende går inn i en friere rolle og slipper prosjektansvar i en periode. Som vi ser av sitatet over er organisering og flytting av personell en del av lederens oppgaver. Virksomheten er stor og har god økonomi, noe som også er en vesentlig faktor for å kunne la folk komme og gå litt i perioder. Deler av prosjekter kan kreve ulik kompetanse og erfaring, og de ansatte er vant til å bli "flyttet" rundt.

Ved ingeniørbedriften vi besøkte forteller HMS-ansvarlig om liknede praksis med omorganisering av personell ut fra prosjekter de til enhver tid får inn. Store organisasjoner har et større handlingsrom for omplasseringer enn mindre, men selv på relativt små avdelinger har ledere fått til fleksibilitet med tanke på innfasing av sykmeldte. En leder innenfor finanssektoren formidler at hjemmekontor kan bidra til større fleksibilitet, men det var imidlertid ikke denne tilretteleggingen som bidro til at den kreftrammede medarbeideren kunne begynne å jobbe igjen. Det var lederen som valgte å lette ansvaret:

Hun og jeg hadde noen diskusjoner fordi hun ville så gjerne inn for fullt. Hun fikk klare råd under behandlingen. Hun fikk beskjed om å ikke rushe for å komme i gang før hun ønsket og klarte det selv. Vi satte henne som nummer to på de kundeforholdene hun hadde. Den modellen fungerte, hun hadde stor fleksibilitet fordi vi fikset dette sammen. Vi tok av ansvaret. Hun har mulighet for hjemmekontor. Det er vanlig her fordi at vi reiser så mye rundt og mange kan ta arbeidsdager hjemme for å redusere belastningen.

Som vi kommer tilbake til senere ser vi at lederens motivasjon er en vesentlig faktor for å oppnå en god innfasing og tilrettelegging. Som lederen over er inne på, kommer en del ansatte tilbake før de klarer kravene i stillingen fullt ut. Det er flere ledere som selv har kompensert for den ansattes reduserte arbeidsevne ved å overta viktige funksjoner og oppgaver. Dette handler både om en vilje til å ta hensyn til en medarbeider som har opplevd alvorlig sykdom, men også at lederne har ansvar for bedriftens lønnsomhet. Ledere vi har intervjuet løfter også frem et støttende arbeidsmiljø som viktig for den kreftrammede, både under sykmeldingsperioden og under innfasing etter hundre prosent sykmelding.

I TV-/radiobransjen arbeider det også andre yrkesgrupper. En av redaktørene vi snakket med kunne sammenlikne arbeidssituasjonen til kreftrammede journalister og administrativt ansatte. En kreftrammet som arbeidet i administrasjonen kan i større grad enn journalistene gå på jobb uten å merke stresset på kroppen. Synlige tegn til sykdom var heller ikke en like stor problemstilling når man jobber på kontoret og ikke utadrettet. Kravene til effektivitet er heller ikke like stort:

Hun som hadde kreft som satt i administrasjonen kunne i større grad gå på jobben og fikk gjort det hun skulle. Hun viste stor glede av å være i miljøet. Hun opplevde at det ikke ble stilt krav som hun ikke kunne innfri.

Ifølge lederen er det et større handlingsrom for tilrettelegging for sykmeldte i administrasjonen. Det kan være enklere å skaffe en vikar i kortere eller lengre perioder og noe av arbeidet kan ligge i perioder. For den kreftrammede kvinnen i administrasjonen var det også større muligheter for å være uforpliktende tilstede noen dager innimellom og/eller i en innfasingsperiode.

Arbeidsgiveres dilemma

I bransjer med kundeportefølje og prosjektansvar og med store krav til leveranser kan usikkerhet til den sykmeldtes tilstedeværelse og arbeidskapasitet påvirke mulighetene for å planlegge riktig. En leder innenfor finanssektoren forteller at det kan være krevende når han ikke vet når den ansatte kommer tilbake:

Jeg vet ikke når vedkommende er på jobb – skal jeg involvere vedkommende i et prosjekt eller ikke? Jeg har ikke hørt noe negativt fra kollegaene. Utfordringen for meg er at jeg ikke vet hvor lang tid dette tar. En kan ikke utnytte kollegaer over tid. Hvis det går utover andre ansattes innsalg, blir det et tap. Det ligger ikke noe oppside i det å strekke ut en hånd, men mange her har gjort det. Dersom personer har vært belastet med ekstraarbeid i perioder og ikke oppnådd full bonus, så har vi justert for det.

Her adresseres også merbelastningen og utfordringer med tilrettelegging som igjen kan ha konsekvenser for de andre på avdelingen. Slike problemstillinger er gjennomgående i vårt materiale og kan delvis knyttes til uforutsigbarhet i behandlingsløp og bivirkninger. I oppfølgingsplaner skal arbeidsgivere rapportere om hvilke tiltak for tilrettelegging de kan tilby. Det kan være en risiko for at andre i staben får mer ugunstig arbeidstid som følge av tilrettelegginger:

Jeg opplever at det har vært mulig å legge til rette for de som har vært ute nå. Begrensningen ligger i merbelastningen for de andre kollegaene over tid. Det er ikke noe problem for meg å bare gi dagvakter til en som har kreft. Men de fleste av våre journalister vil jo gjerne jobbe dag. Vi merker at NAV foreslår dagvakter som en løsning, at vedkommende med kreft jobber 9-15.30, men det har konsekvenser for de andre.

Lederens muligheter og begrensninger med å tilby den kreftrammede gunstig arbeidstid er avhengig av resten av staben. I to av bankavdelingen er det utstrakt kundekontakt både nasjonalt og internasjonalt. En av de kreftrammede i staben har en stilling som innebærer mye reising, ansvar for porteføljer og budsjett.

Han er jo sykmeldt, men vil jobbe – hvilke restriksjoner skal vi sette? Han har jo ansvar. Han er tilgjengelig for kunder på telefon. Jeg har spurt om det ikke var lurt om vi heller tok den telefonen så han skulle slippe å bli oppringt. For ham var det et løft dersom en kunde ringte. Så han fikk beholde den, men vi har fjernet oppgavene rundt ham.

En annen leder innen finanssektoren forteller om en kreftrammet som har gått av og på arbeidet i perioder. Lederen er opptatt av at den ansatte skal komme seg gjennom sykdommen, og har gjort mye for å støtte opp om hans situasjon. Etter

en tid har det blitt en problemstilling om vedkommendes kundeforhold blir opprettholdt på en god måte. Lederen har ansvar for helheten og har overtatt deler av kundeporteføljen. Han forteller:

Han har vært tilbake og ute igjen. Så stabil og så ute. Uforutsigbarheten er krevende. Vi vil jo at han skal komme tilbake. Kundene har forståelse og jeg er back-up for ham i perioder.

Flere ledere innenfor salg/finans har overtatt hele eller deler av arbeidsoppgavene til den kreftrammede i perioder. Det er vanlig at den delvis sykmeldte ansatte har gått «oppå» sin egen stilling uten ha ansvar. En tredje leder innenfor finans hadde en kreftrammet ansatt med ansvar for en relativt stor portefølje med internasjonale kunder. For denne lederen var det åpenbart at den kreftrammede mellomlederen ville mer enn hun klarte i den første perioden etter at hun kom tilbake fra behandling. Lederen kunne ikke ta risiko for at hun ikke klarte å levere:

Det følger litt utfordringer med innfasingen også – dette skal jo planlegges. Hun kom kanskje tilbake litt for raskt. Når det oppdages sånn så er det en personlig ganske kritisk sak og man må være forståelsesfull og sånt, men man må også planlegge slik at man ikke blir avhengig av den personen. Så ikke de skal føle på det stresset og presset når de ikke er i form til det. Den ene som var veldig optimistisk på sine egne vegne og gjerne ville jobbe samtidig med behandling og litt sånn, vi måtte snakke litt ordentlig om det. Vi endte vel med å ta vekk alle oppgavene og si at da tar vi det hun gjør som en bonus. Hun fikk en uforpliktende rolle.

Lederen løfter frem et dilemma mellom det å skulle tilpasse arbeidet og hensynet til bedriftens lønnsomhet som flere arbeidsgivere vi har intervjuet snakker om. Det hender at ansatte velger å jobbe mer enn arbeidsgiver vurderer som hensiktsmessig eller får friskmelding til tross for at vedkommende ikke klarer jobbkravene.

Som vi var inne på i forrige kapittel, bruker arbeidstakere feriedager og senior-dager for å tilrettelegge for å være i arbeid i prosenten de er friskmeldt. Flere arbeidsgivere forteller også om arbeidstakere som tar ut feriedager fordi de ikke klarer å være i jobb i friskmeldingsprosenten. En leder fortalte om en ansatt som brukte en feriedag i uken i ett halvt år for å ligge på sofaen og hvile seg ut. Hun hadde brukt opp sykepengeperioden og hadde ikke råd til å gå over på AAP. Etter et halvt år i full stilling hadde hun oppnådd rettigheter til å få gradert sykmelding.

Dersom den som er eller har vært sykmeldt har redusert kapasitet blir det ofte tilrettelagt med innsats fra kollegaer. Det er imidlertid ofte lettere å skaffe en vikar for å utføre administrativt arbeid og saksbehandling, enn det som kjennetegner «frie yrker». En av lederne innen konsulent/salg reiste en problemstilling vi ser går igjen i caset frie yrker: Kostnaden ved å hente inn og lære opp vikaren er større enn kostnaden ved at ledelsen eller staben utfører arbeidsoppgavene til den som er fullt eller delvis sykmeldt. Ifølge lederen vil det ta ett år å komme inn i den sykmeldtes kundeportefølje, og det fører til at de heller har laget en løsning internt. Andre ledere vi intervjuer trekker frem det samme.

Vi skal nå se hvilke erfaringer ledere innenfor helse- og omsorgssektoren, hvor fleksibiliteten er betydelig lavere enn i forrige case, har håndtert tilrettelegging for kreftrammede pleiere.

6.4 Helse- og omsorgssektoren

Helse- og omsorgssektoren er valgt som case fordi sektoren sysselsetter en stor del av den norske arbeidsstyrken. Sektoren er kvinnedominert, og har generelt et høyt sykefravær. Kjennetegn ved pleieyrkene som kombinasjoner av løft, stress og lav selvbestemmelse i arbeidssituasjonen har blitt framhevet som en forklaring på det høye sykefraværet i sektoren. Skift og nattarbeid kan også ha negativ innvirkning på helsa, og for kreftrammede kan nattarbeid blir spesielt krevende (se Kleiven, 2001, Karasek og Thorell, 1990). Caset dekker i hovedsak sykehjemsektoren, men vi har også intervjuet én informant i en HMS-avdeling på et sykehus for å få innsikt i tilretteleggingsmuligheter i større virksomheter innenfor helsevesenet.

Lederes utfordringer i helse- og omsorgssektoren kan dreie seg om å få kabalen med turnus til å gå opp. Vi har valgt å fokusere på lederes erfaringer med sykepleiere og helsearbeidere (hjelpepleiere), fordi vi ville synliggjøre lederes erfaringer med å tilrettelegge for ansatte som utfører pleie- og omsorgsoppgaver for andre syke. Sykepleiere og omsorgsarbeidere utfører arbeid som innebærer relativt høy grad av emosjonelle og fysiske belastninger til sammenlikning med de andre casene vi har valgt.

Lederne vi intervjuet har erfaring med relativt mange kreftrammede pleiere, men også noen få aktivitetsledere. Alle de kreftrammede ansatte er kvinner. Et gjennomgående trekk er at pleierne har vært borte i et helt år og jobbet gradert ved siden av AAP. Aktivitetslederne har hatt et litt annet fraværsmonster og jobbet i løpet av det første året. Forskjellen kan blant annet ses i lys av at denne yrkesgruppen har andre arbeidsoppgaver og ansvar enn pleiere. Dette kommer vi tilbake til.

I tillegg til at pleiearbeid kan være fysisk belastende har pleiepersonell en stor del av sine arbeidsoppgaver knyttet til å yte omsorg og være tilstede og dekke grunnleggende behov hos de syke/pleietrengende. Samtaler og trøst er en sentral del av arbeidet. Noen grupper av pasienter kan være utagerende. På sykehjem kommer en tett på de mest hjelpetrengende pasientene.

I et sykehus er det ulike arbeidsoppgaver på ulike avdelinger, men også her står man som regel i nære relasjoner med pasientene. For både sykepleiere og helsearbeidere er den nære pleien en del av yrkesetikken. Det er tett kontakt med pasienter og pårørende som kan være i krise og sorg.

Om en selv er rammet av en alvorlig sykdom kan nærkontakten med andre syke være krevende. Ofte arbeider personalet som en del av et team, og har liten mulighet til å påvirke arbeidsoppgavene eller helt velge bort pleiearbeidet. Enkelte pleiepersonell har kun nattarbeid som kan være en større utfordring enn dagvakter når en er syk. På det ene sykehjemmet vi intervjuet går nattevakter alene med vel 20 pasienter, noe som er relativt vanlig på små sykehjem. Mange i sektoren jobber også frivillig deltid, om som kan forklares med livsvalg og verdiprioriteringer.

Å tilrettelegge for kreftsyke pleiere på sykehjem

Blant de lederne vi intervjuet på sykehjem er det en felles erfaring at når pleiepersonellet har vært rammet av kreft, så blir de borte i ett år eller mer. Vi har

derfor ikke så mye innsikt i hvordan tilrettelegging skjer på sykehjem under utredning og behandling. Tilretteleggingen etter det ene året har i hovedsak dreid seg om bruk av graderte AAP. Mange av kvinnene har vært svært dårlige, flere har hatt komplikasjoner og kombinasjoner av behandlingsmetoder, men ikke alle.

For sykepleiere og annet pleiepersonell kan det være liten grad av fleksibilitet fordi pleiepersonellet går i faste turnuser. Som følge av teamarbeid er det viktig at den ansatte mestrer jobben når de er tilstede. Arbeidsoppgavene må bli gjort på stedet, de kan ikke utsettes eller samles opp. Arbeidsdagen kan til tider være uforutsigbar med hensyn til hvor store oppgaver det blir med stell og løft. Pasienter kan trenge umiddelbar hjelp og støtte.

Sykehjemlederens muligheter til å omplassere en pleier på et sykehjem kan dermed være relativt begrenset fordi det er få alternative oppgaver og turnusene er gitt. Tilretteleggingen skjer ofte i egen stilling ved at leder gjør noen justeringer med hensyn til endrede oppgaver (unngå løft og pasienter som kan være krevende) når en ikke er helt i form.

Ifølge lederne på de to sykehjemmene er det få krefttrammede kvinner som etter sykepengeperioden har kommet tilbake i samme stillingsprosent, som de hadde tidligere. Tilrettelegging for nattevakter etter kreftsykdom har gjerne gått ut på at andre har overtatt de tyngre oppgavene, som vask av utstyr og skift av bleier og å snu pasienter i løpet av natten.

Lederen for en av de krefttrammede nattevaktene hevder at det var økonomien som drev den ansatte tilbake i jobb etter at året med sykepenger gikk ut. Kvinnen klarer ikke alle oppgavene, og har i lengre tid hatt behov for at kollegaer tar over de tyngste jobbene. Det er staben ellers på avdelingen som bidrar til at hun kan fortsette i stillingen til tross for redusert arbeidskapasitet. Lederen har ikke søkt om tilretteleggingsmidler som følge av nattevaktens behov for tilrettelegging. Selv om lederen ser at nattevakten har problemer med å utføre det fysiske arbeidet er det det psykiske sidevirkningene ved kreftsykdommen som trekkes frem:

Jeg ser at det ofte er det psykiske som tar på kvinnene. Å ha kreft er jo annerledes enn for eksempel muskel- og skjelettplager, som vi kan tilrettelegge for på flere måter. Det er jo vanlig her med slike plager. Men i de krefttilfellene vi har hatt, så har det mer gått på redusert arbeidstid, men også tilrettelegging i egen stilling. Nattevakten slipper for eksempel å ta tunge løft og vaske utstyr.

Det er interessant at avdelingslederen ser ut til å tenke på senvirkninger etter kreftsykdom som noe spesielt som skiller seg fra andre belastningslidelser. Liknende vurderinger ser vi også blant andre ledere. Som illustrert i sitatet over kobles ikke nattevaktens reduserte kapasitet direkte til muskel- og skjelettplager, selv om det synes som arbeidsevnen hennes er nedsatt på samme måte. Nattevakten har tilsynelatende problemer med å gjøre tyngre oppgaver som en del andre med belastningslidelser trenger hjelp med – hun klarer ikke å løfte pasienter og vaske rullestoler.

Sykehjemmet er en IA-bedrift, og her kunne lederen søkt om tilretteleggingstilskudd fordi stabens tilrettelegging for nattevakten fører til merinnsats over tid. Vårt materiale er selvsagt ikke omfattende nok til å si noe mer generelt om praktiseringen av tilskuddet, men vi sitter med et inntrykk av at en del arbeidsgiverne ikke ser på tilretteleggingstilskuddet som en mulighet. Det er

imidlertid viktig å ha i bakhodet at også senvirkningene av en kreftdiagnose gir grunnlag for å søke om støtte fra NAV. Vi kommer tilbake til slike problemstillinger i siste kapittel.

På det andre sykehjemmet opplevde de større begrensninger med å tilrettelegge for en av nattevaktene som hadde fått kreft, siden stillingen var på en avdeling hvor det bare var én nattevakt per natt, og vedkommende hadde ansvaret for over 20 beboere. Nattevakten kom tilbake i sin tidligere 50 prosent stilling like før endt sykeperiode, og var da i stand til å mestre jobben uten tilrettelegging. Før hun kom tilbake ble det sett som uaktuelt å tilrettelegge i egen stilling og ta av for ansvarsoppgaver hun ikke klarte å utføre. Lederen hadde heller ikke muligheter for å tilby nattevakten en annen stilling.

Som tidligere nevnt kan turnusarbeid med nattevakter bidra til at arbeidstakere blir utsatt for søvnproblemer, irritabilitet og angst (Kleiven, 2001). Det er nærliggende å anta at det å ha vært gjennom en tøff og omfattende behandling kan være krevende å kombinere med nattevakter.

Sykehjemslederens dilemma

Pleiere arbeider i team og har ansvar for et visst antall pasienter. Jobben må gjøres på stedet. På et sykehjem er det ikke så store muligheter for å være uforpliktende tilstede. Pasienter trenger hjelp her og nå og kabalen med turnus skal gå opp. Hvordan løser leder utfordringene som kan oppstå når den ansatte kommer tilbake? En leder kan tilrettelegge gjennom at den ansatte får avlastning, men teamarbeidet krever også at den ansatte mestrer oppgavene og er forutsigbar. Institusjonslederen vi intervjuet har lang erfaring med å være leder i helsevesenet. Hun forteller:

Når pleieren er 30 prosent frisk så må jeg forvente den innsatsen. Bemanningen her er marginal fra før. Alle i teamet må levere. Det er selvsagt lov å komme på jobb og ikke være helt i slag. Det skjer alle. Vi har fleksibilitet i så måte. Orker du ikke å dusje en tung pasient så kan vi ordne det, men det er ikke mulig å la en stilling stå ubesatt i vårt miljø.

Lederen mener det hadde vært mer hensiktsmessig for alle at pleiere som er eller har vært alvorlig syke kan ha en tilbakeføringsperiode før man eventuelt starter i gradert sykmelding. Hun mener at ordningen med aktiv sykmelding var et gode i hennes sektor. Da kunne hun beholde en vikar, og den ansatte kunne prøve seg uten at det fikk konsekvenser for arbeidet eller den enkeltes helse:

Når en har en kreftrammet ansatt som er eller har vært alvorlig syk. Da må begge parter ha frihet uten at vi skal snakke om friskmelding med en gang. De må få være her litt innimellom uten at det blir snakk om gradert slik at vi mister den trygge vikaren.

Pasienter kan trenge akutt hjelp. Man kan stå i situasjoner som handler om liv og død, og da kan det være krevende for både lederen og de øvrige ansatte hvis en i staben ikke mestrer oppgavene:

Om en av sykepleierne får 20 prosent friskmelding, så mister vi vikaren. Så blir den personen borte igjen på grunn av ny cellegiftkur. Det er jo også et fullstendig uforutsigbart løp på grunn av at behandlingsløpene er forskjellige. Arbeidstakeren må oppmuntres til å ta på frakken og komme og være her uten at vi må ta stilling til gradering.

Som lederen peker på er uforutsigbarheten og arbeidsoppgavenes av en art slik at det er krevende å være tilstede med gradert sykmelding. En syk ansatt kan også ha større tilbøyeligheter til å gjøre feil enn friske, og det igjen kan ramme brukerne og institusjonen. Institusjonslederen mente at det kan være bedre for alle at vedkommende først kommer tilbake når hun var helt frisk, og det videre løpet er mer forutsigbart.

Utfordringer over tid

Hvis arbeidskapasiteten er redusert over en lengre periode kan det som vi har sett bli en utfordring for ledere å få resten av staben til å vise hensyn og bidra til å avlaste den ansatte. Siden sykehjemsektoren er presset fra før, og har ansatte med relativt høy alder og en del med belastningslidelser, er det ikke en selvfølge at staben forøvrig vil at den kreftrammede kommer og går uten å kunne utføre arbeidet fullt ut.

Tilrettelegging er derfor ikke utelukkende en sak mellom leder og den ansatte. Lederen må ta hensyn til det totale arbeidsmiljøet. Dette blir trolig mer fremtredende når den ansatte er en del av et team, men arbeidsbelastningen i avdelingen fra før spiller en viktig rolle. Det er ikke bra for noen av partene hvis det blir mye klaging over merbelastning, spesielt ikke for den som er rammet av kreft.

At den kreftrammede er klar over at kollegaer må overta oppgaver for at vedkommende skal klare arbeidet, kan være en medvirkende årsak til at de aller fleste sykepleiere og omsorgsarbeidere med kreft på disse to sykehjemmene ikke har arbeidet under behandlingsperioden. Mye tyder på at sykehjem har noen større utfordringer med tilrettelegging på grunn av teamarbeid og turnuskabaler enn f.eks. sykehus.

Andre yrkesgrupper på sykehjem

I begge de to sykehjemmene vi besøkte hadde lederne erfaringer med aktivitetsledere som var rammet av kreft. Aktivitetsledere på sykehjem styrer mye av arbeidsoppgavene sine selv, og kan legge opp dagen relativt selvstendig. Det gir stor grad av kontroll over egne arbeidsoppgaver. Arbeidet innebærer kontakt med eldre og pleietrengende; Stell og terapeutisk ansvar er ikke en del av jobbinstruksjonen. Den gruppen som aktivitetsledere jobber med er med andre ord ikke like "tung" som en rekke andre beboere på sykehjem.

Vi synes det er interessant at sykefraværet til de kreftrammede aktivitetslederne skiller seg fra ledernes erfaringene med kreftrammede pleiere. Begge aktivtørene hadde en svært alvorlig diagnose. Den ene ble helt frisk og kom tilbake i 100 prosent stilling innen ett år. Den andre aktivtøren døde etter en tids sykdom. Begge aktivtørene jobbet imidlertid delvis under behandlingen.

Aktivitetslederne har til forskjell fra pleiepersonellet arbeidet innimellom behandlingsperiodene, en av dem jobbet også innimellom når hun var hundre prosent sykmeldt (men dette er ikke lov). Hun hadde muligheter til å komme og gå som hun ville, og kunne utføre deler av arbeidet hjemme. Sykehjemmet leide ikke inn vikar for aktivitetslederen, siden noen av oppgavene kunne vente. Det viktigste ble ivaretatt når hun var innom og jobbet i gode perioder.

Krevende nærhet med andre syke

Ut fra avdelingslederens samtaler med kvinner som har fått kreft, mener hun at det ofte er den psykiske belastningen som er den vanskeligste for dem. Det kan være krevende for en leder å lage tiltak for tilrettelegging i arbeidet i tilfeller hvor arbeidsoppgavene i seg selv kan forsterke senvirkninger av sykdom. En pleier ser sykdom, diagnoser, symptomer og dødsfall.

Det er nærliggende å anta at omsorg for syke og pleietrengende for mange blir en stor påkjenning når en står midt oppe i noe alvorlig. Forskjellene vi så mellom pleiere og aktivitetsledere med kreft kan tyde på det, men vårt materiale er ikke stort nok til å generalisere dette funnet. Lederen forteller om en annen eldre avdelingsleder som ifølge lederen følte at hun måtte ta et valg:

Hun fikk ikke annen behandling enn operasjon. Hun kom tilbake og hadde tilrettelegging med hensyn til arbeidsoppgaver, men først og fremst i redusert stilling. Hun har nå gått av med (tidlig)pensjon. Det handlet både om det fysiske og det psykiske. Hun kom til et punkt der hun måtte ta vare på helsen gjennom å slutte på jobben og ha overskudd til livet. Det gikk for mye utover helsen hennes å være på jobb.

Hvis man nærmer seg pensjonsalder kan man også på grunn av alderen få flere eller andre senvirkninger enn yngre kreftpasienter.

Handlingsrom for tilrettelegging på sykehus

Vi har sett hvordan ledere på sykehjem har håndtert tilrettelegging for kreft-rammede arbeidstakere og hvilke dilemma, muligheter og løsninger for tilrettelegging som kan oppstå når ansatte er rammet av kreft. Pleiepersonell må møte på arbeidet til et bestemt tidspunkt, de arbeider i team og har regulert arbeidstid og sted. Yrkene innebærer lav grad av fleksibilitet. Ansatte kan ikke avspasere når en vil, eller benytte hjemmekontor for å utføre hele eller deler av arbeidet.

Vi har sett at løsningene på tilretteleggingsbehovet ofte er at kollegaer overtar arbeidsoppgaver som den kreft-rammede ikke selv klarer. Vi har også sett hvilke dilemma leder kan møte dersom andre ansatte må overta deler av de tyngre arbeidsoppgavene over tid, og at gradert sykmelding kan være en utfordring dersom personen har senskader og redusert kapasitet.

Sykehuset vi besøkte er et av Norges største sykehus, og har både en egen HMS-avdeling og HR-avdeling. Lederne og informanten i HMS-avdelingen forteller at de har mange ansatte med belastningslidelser (muskel- og skjelett) og gjør mye tilrettelegging fra før. Sykehusets HMS-avdeling har betydelig erfaring med å tilrettelegge for sykmeldte arbeidstakere, men er sjelden inne i tilfellene med kreft. Det er likevel interessant å se på hvilke muligheter for tilrettelegging som eksisterer på et større sykehus til sammenlikning med et sykehjem med 40-60 ansatte.

Under intervjuene kom det frem at avdelingen har mange saker med omplassering av pleiere som av psykiske årsaker ikke klarer å yte nær omsorg for andre. Noen av sakene har omhandlet kreft-rammede. Hvilke dilemmaer og løsninger ser arbeidsgivere på sykehus, og hvordan kan man møte tilretteleggingsbehovet på en god måte?

Omplassering som følge av psykiske utfordringer

Ifølge HMS-rådgiveren og HR-rådgiveren vi intervjuet er det svært sjelden at de får saker hvor sykmeldte lege er involvert. Når sykehuset har kreftrammede eller andre sykmeldte som går til og fra over tid i gradert sykmelding, forsøker de i første omgang å tilrettelegge når vedkommende er på jobb. Lederne skal først og fremst tilrettelegge i egen stilling ut fra de retningslinjene som finnes for HMS-arbeidet ved sykehuset. Sykehuset er stort med mange omplasseringsmuligheter.

HMS-avdelingen påpeker at det kan være enklere å omplassere en sykepleier som ikke ønsker å gå tilbake i pleien etter en sykdom, enn en helsefagarbeider, fordi sykepleiere har mer formell kompetanse og utdanning. Det er imidlertid også eksempler på at sykepleiere ikke vil ta administrative stillinger (helsesekretær) fordi stillingen krever lavere kompetanse enn det sykepleierne har. På den andre siden har man de siste årene også stilt krav til mastergrad for administrativt ansatte. En del sykepleiere vil dermed ikke være kvalifisert for å ta på seg slike oppgaver.

Exit fra arbeidslivet for å prioritere familien?

En stor del av arbeidsstyrken innen helse- og omsorgssektoren er middelaldrende kvinner. En av lederne vi intervjuet så en tendens til at kvinner i 60-årene, og som dermed nærmer seg pensjonsalder, ønsker å prioritere familien fremfor jobben når de får kreft. Det kan være flere årsaker til dette.

Det emosjonelle arbeidet og redusert arbeidskapasitet som følge av senvirkninger kan være en årsak. Å gå ut av arbeidslivet for denne gruppen kan også være et resultat av alder og en omprioritering som følge av at kvinner i omsorgsykker tar et større ansvar for familien, enn andre grupper arbeidstakere? Studier har også vist at kvinner som reduserte og avsluttet sitt arbeidsforhold etter brystkreft gjorde det ut fra et ønske om å prioritere familie fremfor karriere.³⁵

Forskning har vist at exit fra arbeid etter brystkreft i mindre grad kan relateres til den faktiske sykdommen enn til de rammedes muligheter til alternative ressurser og økonomisk støtte (se for eksempel Chirikos et al., 2002). Dersom mannen er hovedforsørger, og kvinnen i utgangspunktet jobber deltid, kan hans forsørger-evne ha en indirekte effekt på hennes beslutning om tidlig pensjon eller overgang til AAP. Lønnsmessig vil tapet ved en overgang til AAP/tidligpensjon være betydelig lavere for en sykepleier/helsearbeider enn for eksempel en konsulent i en ingeniørbedrift.

6.5 Kontor

Kontorcaset består av yrker der fellesnevneren er at de ansatte har sin arbeidsplass på et kontor. Vi har intervjuet ansatte ved flere virksomheter innen bank/finans/forsikring, ved to offentlige kontor, en arbeidsgiverforening og ved

³⁵ En ny avhandling har vist at bestemødres overgang til tidlig pensjon påvirker småbarnsmødres yrkesdeltakelse (se Vedeler Johnsen, pågående studie). Hentet fra http://avisenagder.no/index.php?page=vis_nyhet&Type=NTB&NyhetID=145871 Hentedato: 24.6.2015.

kriminalavsnittet ved et politikammer. Med unntak av krimavsnittet er fellesnevneren at hovedaktiviteten for virksomhetene er saksbehandling. Det er likevel variasjon knyttet til hva slags saksbehandling som utføres og hva slags kompetanse som kreves for å utøve arbeidet. For noen er bruker-/kundekontakt en viktig del av arbeidet, for andre består jobben hovedsakelig av ren saksbehandling.

Det generelle inntrykket er at kontoryrkene vi har sett på ikke har like høyt tempo og krav til leveringsfrister som caset frie yrker/konsulent, der også den enkeltes prestasjonen i større grad blir vektlagt. Det synes dessuten å være et større handlingsrom når det gjelder å hente inn vikar innen enkelte av kontoryrkene, sammenliknet med frie yrker/konsulent, fordi den ansattes kompetanse i større grad kan erstattes. Men dette varierer.

I caset inngår også enkelte yrker som krever spisskompetanse som gjør at det kan være vanskeligere å leie inn vikar enn i de øvrige yrkene som inngår. Handlingsrommet for å tilrettelegge arbeidsoppgaver og arbeidstid er generelt ganske stort innen kontoryrkene. Det er mulig å justere intensiteten i arbeidet fordi en har større mulighet til å justere arbeidsmengden. I tillegg er ikke den ansatte bundet av å være på jobb til en bestemt tid. Inntrykket vårt er derfor at det er store muligheter for å tilrettelegge for at ansatte kan være på jobb til tross for redusert arbeidskapasitet.

Tilrettelegging av arbeidsoppgavene

Informanter ved flere av virksomhetene sier de har gode muligheter til å tilrettelegge arbeidsoppgavene for ansatte med redusert arbeidskapasitet. Sakene de jobber med kan variere ut fra hvor kompliserte de er, hvor lang tid det tar å behandle dem, hvor krevende skrivearbeidet i tilknytning til saksbehandlingen er, og så videre. For ansatte som jobber med saksbehandling kan tilrettelegging dreie seg om å få tildelt enklere saker.

Mens vi i flere av de andre casene fant at tilrettelegging av arbeidsoppgavene for en ansatt ga en tydelig merbelastning på kollegaene, er inntrykket at dette ikke i like stor grad er tilfelle innen kontoryrkene. Det ser ut til at handlingsrommet for å regulere kravene til tempo og leveranse er større her.

Når flere ansatte har den samme kompetansen og gjør de samme arbeidsoppgavene, er det også mulig å omfordele oppgavene til den som har redusert arbeidskapasitet. Dette er tilfelle ved flere av virksomhetene vi har besøkt. Inntrykket er at vurderingen om å hente inn vikar eller fordele arbeidsoppgavene til de andre ansatte, avhenger av kompleksiteten i saksbehandlingen, muligheten til å skyve på tidsfrister, og vurderingen av hvor lenge den ansatte vil ha redusert arbeidskapasitet. Ifølge personallederen i et forsikringsselskap var det enkelt både å tilrettelegge og å absorbere det merarbeidet som ble skapt da en av deres ansatte ble rammet av kreft. Hun fortalte:

Det var ikke vanskelig for andre å overta en sak hvis hun var borte. Vi hadde vel inne en vikar. Ikke direkte i hennes jobb, men til å avlaste hele gruppen. Vedkommende tok noe av den innledende saksbehandlingen for hele gruppen.

Muligheten for å ta i bruk en vikar varierer som sagt med hvor krevende saksbehandlingen er. I en av virksomhetene vi besøkte tar det ifølge informantene ett

år å lære opp en saksbehandler, mens andre steder er det mulig å være operativ etter kort tid.

I en virksomhet gjorde de en vurdering av om de skulle ta inn en vikar da en ansatt som jobbet som sekretær ble rammet av kreft. Avdelingen på fem endte med en kombinasjon av å overta arbeidsoppgavene hennes og å nedprioritere andre deler av oppgavene. Ifølge avdelingslederen fungerte det godt å løse det slik. Hun sier:

Vi er litt sånn at vi har backup-funksjoner for hverandre og er kjent med hverandres oppgaver. Det har fungert godt.

Det generelle inntrykket vårt er at det finnes et stort handlingsrom når det gjelder å legge til rette arbeidsoppgavene til en ansatt med redusert arbeidskapasitet. Virksomhetene kan skyve på tidsfrister, nedprioritere oppgaver og omfordele oppgaver blant de andre ansatte.

Fleksibel arbeidstid

En kontorjobb kan ha en fleksibilitet knyttet til *når* arbeidsoppgavene må gjøres. Det er i prinsippet likegyldig om saksbehandleren jobber dag eller kveld. For ansatte som opplever at arbeidskapasiteten varierer, gir dette en mulighet for å tilpasse arbeidstiden ut fra dagsformen. En ansatt i et forsikringsselskap kunne for eksempel fordele den graderte sykmeldingen over de dagene hun var i form til å jobbe. Medarbeideren som hadde vært til behandling for kreft fikk styre store deler av arbeidsdagen sin selv i oppstartperioden, noe som gjorde at hun kunne unngå å jobbe på dager hvor hun ikke var i form:

Vi tilrettela på den måten at hun kunne komme og gå som det passet. Hadde hun en treg start, så gjorde det ikke noe at hun kom kl. 10.00. Totalt sett i løpet av uken eller måneden ble det den prosenten det skulle være.

Som vi så i helse- og omsorgscaset var det enklere for leder å tilrettelegge for gradert sykmelding for en aktivitør enn for en nattevakt i pleien. Aktivitørene kunne legge opp arbeidsoppgavene selv og kunne jobbe hjemmefra i perioder. Arbeidet kunne også ligge brakk i perioder. Det samme ser vi innen en del kontoryrker.

Muligheter for å være uforpliktende tilstede

Flere av arbeidsgiverne i dette caset har tilrettelagt ved at de i perioder helt eller delvis har fjernet kravene til konkrete leveranser. En kontorleder i en bedrift som i hovedsak driver med saksbehandling og forefallende kontorarbeid forteller:

En av våre ansatte kom tilbake for raskt. Når vi oppdaget at hun var dårlig, måtte vi planlegge ut fra at vi ikke var avhengig av det personen gjorde. Vi hadde jo stor medfølelse for at hun hadde vært så kritisk syk. Vi ville ikke at hun skulle føle presset og stresset. Vi endte med å ta over alle oppgavene, og det hun da gjorde ble bare en bonus.

Når intensiteten i arbeidet kan reguleres gjennom å justere arbeidsmengden, øker muligheten for at ansatte med redusert arbeidskapasitet kan være på jobb. For mange kan en periode med uforpliktende tilstedeværelse være det som skal til for at de etter hvert klarer å bidra for fullt igjen.

Fysisk tilrettelegging

Virksomhetene har ikke opplevd at det har vært behov for fysisk tilrettelegging for ansatte som har blitt rammet av kreft. Dette henger nok sammen med at arbeidet i seg selv ikke er fysisk krevende. Noen har imidlertid lagt til rette for at ansatte har fått eget kontor istedenfor å sitte i åpent kontorlandskap. Hjemmekontor er også blant virkemidlene som er tatt i bruk for å øke arbeidsnærværet til ansatte som er rammet av kreft i bedrifter der hjemmekontor er en mulighet.

Arbeidsgivers dilemma – redusert arbeidskapasitet over lang tid

Til tross for noen felles trekk blant de administrasjons- og saksbehandlerjobbene vi har sett på, finnes det også noen viktige ulikheter. Noen av jobbene skiller seg ut både ved at arbeidsoppgavene er krevende og at kravet til tempo er høyt. Dette er faktorer som er med på å gjøre det mer utfordrende å tilrettelegge for en ansatt med redusert arbeidsevne.

En etterforsker i politiet var kreftsyk over flere år. Han ønsket å være på jobb og avdelingen tilrettela arbeidet så godt de kunne for han. Det ble likevel en vanskelig sak, i og med at de tok en beslutning om å ikke lyse ut stillingen:

Vi hadde jo egentlig ikke vikar. Stillingen ble ikke lyst ut før etter han var død. Seksjonsleder tok den beslutningen. Vi visste at etter tredje behandlingsprosessen så ville han ikke komme tilbake. Han var borte et helt år. Det var en veldig sårbar ting med å lyse ut stillingen. Kontorplassen stod ubrukt selv om vi trengte den. Bøker og andre effekter ble ikke flyttet før etter han døde. (...) Dette handlet om identitet og han ville kjøre løpet til siste slutt. Vi hadde selvsagt bruk for arbeidskraften. På grunn av sykdommen og fraværet hans, var vi aldri fulltallige.

Eksempelet over illustrerer at alvorlig sykdom kan aktivere et beredskap og omsorg blant ledelse og arbeidskollegaer. På dette kontoret er det i utgangspunktet ikke store muligheter for å være uforpliktende tilstede. Handlingsrommet for å tilrettelegge for at kollegaen skal kunne fungere på jobb strekkes, fordi kollegaer og lederen er villige til å stille opp.

Lederen for avsnittet forteller om en maskulin arbeidskultur, der det å være sterk og usårbar holdes høyt. Samtidig er det også et sterkt samhold i staben. Den ansatte hadde vært til og fra det første året under behandlingen og fått tilrettelegging gjennom mindre ansvar, rådgivende rolle i stedet for lederrolle, mv. Enheten var ikke avhengig av den kreftrammede arbeidsinnsats for å løse sine oppgaver. Det ble imidlertid mer krevende med tanke på leveranser når de ikke hadde vikar og sykdommen gikk over tre-fire år. I hele denne perioden var det besluttet å ikke hente inn vikar.

For å være helt ærlig gikk jo produksjonen ned. Spesielt i andre og tredje behandlingsperiode. Mye av dagene gikk med på å være sosial og se litt på enkelte saker. Han presset seg veldig for å komme, men det var jo ikke noe arbeidspress for ham da.

I dette tilfellet overtok kollegaer og leder nærmest alt ansvaret for arbeidsoppgavene til den kreftsyke politimannen. Den sykmeldte fortsatte likevel å være en selvfølgelig del av arbeidsmiljøet, selv da han etter hvert ikke hadde ansvarsoppgaver:

Han var en del av vårt miljø selv om han hadde fått beskjed om at diagnosen var svært alvorlig. Han ville være her. Han var med på etterforskningsmøter og kom med innspill. Men det var uforpliktende og han var ikke bundet til leveranser.

Vi ser også andre eksempler på at ledere og kollegaer fordeler oppgaver seg imellom for ansatte som er gradert sykmeldt og/eller går med redusert kapasitet, ofte over mange år. Det er selvsagt positivt at ledere strekker seg langt og at den ansatte vil være en del av arbeidsmiljøet, men som vi har sett tidligere dukker det også opp dilemma ved lang tids sykdom som det kan være viktig at arbeidsgivere er forberedt på. En kontorleder sier:

I det siste har han vært mer på jobben, enn han har ytt av arbeidsoppgaver. Når det er veldig mye å gjøre kan det blir vanskelig. Det blir andre som må ta hans oppgaver. I og med at han har vært på jobb har vi ikke kunnet ha en vikar.

De gode tilretteleggingsmulighetene innen kontoryrker bidrar nok til å gjøre det enklere for kreftrammede å gjenoppta arbeidsaktiviteten. Samtidig kan det på sikt bli et dilemma for lederen dersom den ansattes arbeidsevne er veldig lav og det ikke gis anledning til å ansette noen ekstra. Det generelle inntrykket vårt er likevel at virksomhetene evner å ta høyde for at ansatte skal få være på jobb til tross for redusert arbeidskapasitet.

Til sammenlikning har vi få eksempler på tilrettelegging hos arbeidsgivere innen yrker med høy intensitet og få muligheter til å regulere denne, slik som innen helsesektoren og utdanningssektoren. Slik sett skiller kontoryrkene seg ut ved at de kanskje har større mulighet for dette og derfor også bredere erfaring med det.

6.6 Utdanningssektoren

Utdanningssektoren står for en stor andel av sysselsettingen i Norge, og har en overvekt kvinner. Vi har intervjuet informanter ved en privat barnehagekjede og tre ulike skoler. I intervjuene ved skolene har vi vært ute etter å få innsikt i hvilke tilretteleggingsmuligheter som finnes for lærere, mens vi i barnehagene har fokusert på hvilke muligheter de har for tilrettelegging for personale som jobber med barna, uavhengig av om de er assistenter eller pedagogisk utdannet personale. Vi har ikke sett på tilretteleggingsmuligheter for ledere eller annet type personale.

Handlingsrom for tilrettelegging i barnehage

Det er vanlig at barnehager er delt inn i mindre avdelinger, ofte etter barnas alder. I barnehagen vi besøkte er det tre avdelinger: en avdeling for barn mellom ett og to år, en for de mellom to og tre år, og en for de største barna som er mellom fire og seks år.

Blant de ansatte i barnehagen finnes både førskolelærere og assistenter, som begge jobber tett opp mot barna mesteparten av tiden. Arbeidstiden organiseres i et turnussystem, der noen har ansvar for å åpne barnehagen på morgenen, mens andre stenger den på ettermiddagen. Noen av de ansatte jobber heltid, mens andre jobber deltid. De ansatte som er på vakt har et felles ansvar for barna

gjennom dagen og skal ivareta barnas behov for mat, stell og omsorg, men også legge til rette for lek og læring.

Å jobbe i barnehage innebærer at en har direkte kontakt med barn det meste av tiden, noe som gir de ansatte få muligheter til å trekke seg tilbake, annet enn når de har pauser. Det finnes dermed få arbeidsoppgaver som ikke er relatert til å jobbe direkte med barna. Noen av arbeidsoppgavene kan oppleves som mer krevende enn andre, alt ut fra den ansattes preferanser og fysiske tilstand. For noen kan påkledning av barn være en fysisk belastning, mens for andre kan det å passe på barna når de er ute på tur oppleves som krevende. Tilrettelegging kan handle om å la en ansatt slippe de arbeidsoppgavene han eller hun opplever som tyngst.

Samtidig er det mye som skjer i løpet av en dag i barnehagen, og hele personalet er ikke nødvendigvis tilgjengelig i alle situasjoner. Deler av personalet kan være utilgjengelig fordi de sitter i et møte, en foreldresamtale, eller annet. Dette er med på å legge noen praktiske hindringer for tilrettelegging som innebærer at en ansatt blir fritatt fra enkelte arbeidsoppgaver.

Lederen i barnehagen sier:

Hvis det er en oppgave en ikke kan gjøre så går det greit en periode. For eksempel påkledning. Men hvis vi snakker om en varig løsning, så sliter vi. Det er ikke slik at alle rundt er på plass hele tiden. De kan være på møter, eller de kan være borte på grunn av sykdom.

Mens det er vanskelig å gi ansatte fullstendig fritak for enkelte arbeidsoppgaver over lengre tid, er det likevel mulig å la ansatte prioritere de arbeidsoppgavene de liker eller mestrer best i en periode der arbeidsevnen er redusert. Lederen i barnehagen forteller at de ønsket å gjøre arbeidet mindre belastende for en ansatt som var tilbake etter å ha gjennomgått kreftbehandling. Hun tillot derfor at vedkommende kunne prioritere lesing for barna, siden det var det hun likte best. Personen måtte imidlertid - i likhet med de andre kollegaene - bidra i de andre aktivitetene gjennom dagen, og slik sett kan en kanskje innvende at tilretteleggingen må ha hatt begrenset effekt.

Lederens inntrykk var likevel at det bidro til å gjøre arbeidsdagen noe lettere for arbeidstakeren. Det som begrenset omfanget av tilpasningen var hensynet til de andre ansatte. Selv om lederen opplevde at de ansatte hadde stort ønske om og vilje til å hjelpe til, så hun også at situasjonen bidro til en større belastning som de etter hvert ble slitne av. Situasjonen ble etter hvert ekstra belastende på grunn av at sykdommen gikk i bølger, noe som gjorde at arbeidsevnen til den ansatte ofte kunne være svært nedsatt.

Når en har redusert arbeidsevne kan det føles belastende å ha ansvar for mange barn. Å redusere kontakten med barna er imidlertid generelt vanskelig i en barnehage, men den ansatte kan likevel gis ansvar for oppgaver som gir et avbrekk, slik som å gjøre innkjøp eller tilberede mat. Lederen kan også gjøre noen grep i måten barnegruppene organiseres på. For en ansatt med nedsatt arbeidsevne kan det oppleves som mindre krevende å ha eneansvar for en liten gruppe med barn, enn å ha delansvar for en stor gruppe. Barnehagen kan også legge til rette for at den ansatte kan ta flere pauser, noe som vil kunne bidra til å lette arbeidssituasjonen.

Å jobbe gradert er ikke noe problem i barnehagen, men ifølge HR-lederen er det ikke mulig å la en ansatt jobbe kortere vakter uten at det har konsekvenser for barnehagens lønnsutgifter. Det skyldes problemer med å få vikarer til å ta på seg reduserte vakter (dvs. den delen av graderingen der den sykmeldte er borte fra jobben). Siden barnehagen ikke har økonomi til å øke lønnsutgiftene, er de dermed avhengig av at de ansatte jobber hele vakter. Gradering i form av å redusere antall vakter er imidlertid fullt mulig, siden man da lettere får inn vikarer. Lederen sier samtidig at barnehagen helt unntaksvis kan åpne for å la ansatte jobbe kortere vakter, men da ikke lenger enn én til to uker.

Bemanningsnormen i barnehage gjør at antall ansatte på jobb er det mest kritiske. Fordi det kan være vanskelig å få inn vikar på kort varsel, utgjør korttidsfraværet en større utfordring for barnehagen, enn langtidsfraværet. Inntrykket er derfor at barnehager er skeptiske til bruk av gradert sykmelding. For barnehagene vil hensynet til stabilitet bidra til at de ønsker at den kreftrammede skal være sykmeldt 100 prosent, slik at de lettere kan ta inn en vikar.

Mulighet til å kombinere jobb og behandling

Fra intervjuene med ansatte som har vært rammet av kreft, vet vi at noen kan ha mulighet til å jobbe gjennom behandlingsperioden, og at stor fleksibilitet i jobben er noe av det som bidrar til at de får det til. Slik kreftrammedes behov for fleksibilitet i denne fasen beskrives, vurderer vi det som lite forenlig med barnehagens behov for forutsigbar bemanning. Et annet forhold som er viktig for kreftrammedes mulighet for å kombinere jobb og behandling er å kunne skjermes fra smitte. I en barnehage kan det være stor risiko for smitte og det er umulig å skjerme de ansatte fra dette. Vi har ikke grunnlag for å si noe om hvor vanlig det er at barnehageansatte som rammes av kreft kombinerer arbeid og behandling, men antar at risikoen for smitte inngår i vurderingen av om det er mulig eller ikke.

Lederens dilemma i barnehagen

Lederen for barnehagen vi har besøkt forteller at arbeidsmengden gjør at de er avhengig av at alle ansatte yter for fullt når de er på jobb. Hun opplever at det legger begrensninger for deres mulighet til å legge til rette for en lengre periode. Tilrettelegging kan bidra til økt belastning på de andre ansatte, noe som kan bidra til at de andre blir mer slitne. Lederen har erfaring med at økt belastning kan gå ut over jobbmotivasjonen til de ansatte og resultere i økt sykefravær. Lederen veier derfor hensynet til den ansatte som har behov for tilrettelegging opp mot hensynet til de andre ansatte. Barnehagesektoren er allerede belastet med høyt sykefravær, noe som kanskje bidrar til at ledere legger ekstra vekt på det siste hensynet.

HR-lederen trekker fram hensynet til barna som del av et dilemma hun ofte møter når det dreier seg om tilrettelegging, uavhengig av om det er for kreftrammede eller andre:

Vi snakker mye om og har en holdning om at alle skal være på jobb – at en har godt av det. Men vi ser at vi har noen begrensninger, og vi kan ikke la det gå ut over barna. Vi lever på relasjon – nære trygge voksne som er trygge på relasjon.

Barnehagenes primære oppgave er å ivareta barna og skape trygghet for dem. Da har de behov for ansatte som klarer å være aktivt tilstede for barna i de ulike

situasjonene de befinner seg i gjennom en dag i barnehagen. HR-lederen er opptatt av å synliggjøre at det går ut over barna dersom en ansatt mangler krefter til å ivareta dem på en god måte, og at de som ansvarlige eiere for barnehagene må ta dette med i vurderingene. Det går også ut over barna når en ansatt veksler mellom å være tilstede og borte, fordi det skaper ustabilitet.

HR-lederen sier at hun opplever at NAV har et for ensidig fokus på den ansatte og tilrettelegging for denne, uten å ha forståelse for at dette hensynet noen ganger kan stå i konflikt med barnehagens primære oppgave ovenfor barna. Hun sier:

I møte med NAV kan arbeidsgivere føle at de blir sett på som den store stygge ulven. At de vil ha personer ut fra jobbene sine. Jeg etterlyser et større realitetsfokus som omhandler hvilke tilrettelegginger de kan gjøre og hvilke de ikke kan gjøre. Det har vært et stort fokus på at arbeidsgivere skal tilrettelegge, med en antakelse om at alle arbeidsgivere kan tilrettelegge for hva det skulle være. Men det er viktig å diskutere dette i lys av realitetene. Hvilke muligheter og begrensninger som utspiller seg i hvert enkelt tilfelle.

Sett fra denne HR-lederens side er dette dilemmaet blitt mer aktualisert i barnehagesektoren etter at ordningen med aktiv sykmelding ble fjernet. Da kunne ansatte med redusert arbeidsevne være uforpliktende tilstede over en periode, noe hun mente gjorde tilrettelegging mulig uten at det gikk ut over barna eller de andre ansatte.

Handlingsrom for tilrettelegging i skolen

Skolene vi har besøkt representerer både det kommunale grunnskoletilbudet og det fylkeskommunale tilbudet om videregående opplæring. Vi har snakket med ledere med ansvar for spesialundervisning og ledere med ansvar for ordinær undervisning. En av skolene skiller seg litt ut ved at de tilbyr opplæring til barn og unge som på grunn av at de er i medisinsk behandling ikke kan følge undervisningen på sin egen skole. Vi har valgt å fokusere på det som er felles for disse utdanningsinstitusjonene, når det gjelder handlingsrom for tilrettelegging.

Tilpasning av arbeidsoppgaver

Skolene har etter vår vurdering gode muligheter for tilrettelegging, selv om vi fra intervjuene med arbeidstakerne vet at det er varierende erfaringer med hvordan det gjøres. Inngangen til å legge til rette lærerens arbeidshverdag går gjennom måten timeplanen settes sammen på. Noe av det første lederne sier de gjør er å la vedkommende lærer slippe kontaktlæreransvar. Å være kontaktlærer innebærer både et spesielt ansvar for elevene, men også for dialogen med de foresatte. Inntrykket vårt er at mange lærere opplever det som svært givende å være kontaktlærere, men at rollen er lite forenlig med redusert arbeidsevne. En kan derfor komme et godt stykke på vei ved å frita læreren fra dette.

Noen kreftrammede rapporterer om at de i tiden etter behandlingen har slitt med å konsentrere seg og at det av den grunn har hatt mindre evne til å holde oversikt over mange ting samtidig. En avdelingsleder sier at skolen kan bidra til å legge til rette for dette ved å begrense mengden læreren må ha kontroll over. En måte å gjøre det på er å redusere antall elever læreren må forholde seg til ved å samle

undervisningstimene rundt en så lavt antall elevgruppe som mulig. Avdelingslederen har positive erfaringer med å legge til rette for en kreftrammet lærer på denne måten.

En mulig tilrettelegging kan også være å la læreren velge hvilke elevgrupper vedkommende skal ha ansvar for. Lærere kan ha preferanser når det gjelder gruppenes størrelse, elevenes alder, fag med mer. En av skolene gjorde dette. Vedkommende valgte blant annet å ta ansvar for kartlegging og spesialopplæring, noe som både var gunstig i hennes situasjon og noe hun hadde lyst til.

En avdelingsleder ved den videregående skolen forteller at noen av elevene har et prosjekt der de utplasseres i barnehage eller SFO. Elevene jobber med kompetansemål, og læreren skal følge dem opp i forhold til måloppnåelse på praksisplassen. Lederen vurderte denne oppfølgingen som enklere enn å stå i klasserommet, og tilbød derfor den ansatte ansvar for dette det første året hun var tilbake etter kreftbehandling. Dette arbeidet dekket rundt 40 prosent av undervisningsplikten til læreren, noe som bidro til å gjøre arbeidssituasjonen enklere.

Lederne understreker at hva som bidrar til en god tilrettelegging er veldig individuelt og at vedkommende må være med på å definere hva som kan bidra til en håndterbar arbeidssituasjon for dem. De opplever derfor at god dialog med læreren er avgjørende.

Inntrykket vårt er at lederne vi intervjuet aktivt har benyttet tilretteleggingsmulighetene som ligger i å sette sammen lærerens timeplan på en måte som gir minst mulig belastning. Vi ser at lærerens kompetanse, samt sammensetningen og størrelsen på skolen, er av betydning for hvor stort handlingsrom lederen har. Mulighetene øker med skolens størrelse og når lærerens kompetanse er bred.

Tilpasning av arbeidstid – muligheter for gradert arbeid

Mange lærere jobber deltid og gradert sykmelding er slik sett uproblematisk i skolen. I motsetning til barnehagen har skolen god mulighet til å ha reduserte arbeidsdager.

Tiden som er avsatt til forberedelse og etterarbeid kan være en kilde til fleksibilitet dersom skolen tillater at lærerne selv velger hvor og når de vil gjøre dette. Å gi lærere med nedsatt arbeidsevne frihet til å velge, er etter vår vurdering i seg selv et godt tilretteleggingsbidrag. Inntrykket er likevel at det varierer mellom skolene hvorvidt de tillater dette.

En av lederne vi snakket med fortalte at hun bevisst la opp til at en av hennes lærere fikk samlet sine undervisningstimer til fire dager, slik at vedkommende kunne være hjemme en dag. En annen la opp til at læreren fikk korte dager på skolen ved å samle undervisningen til formiddagen. På den måten kunne læreren dra hjem og hvile etter undervisningen, for så å gjøre for- og etterarbeid hjemme på det tidspunktet som passet vedkommende best.

En avdelingsleder ved den videregående skolen forteller:

En lærer i full stilling har 20 timer undervisning i uka. Resten er forarbeid og etterarbeid. Lærerne kan bestemme selv hvor de ønsker å gjøre dette. Her har vi det veldig fritt, det er tillitsbasert, noe som forenkler hverdagen for

ansatte som er rammet av kreft. De kan for eksempel jobbe til klokka 12 og så gå hjem.

Utfordrende for lærere å kombinere behandling og jobb

Skolene vi har besøkt har i all hovedsak erfart at ansatte som har blitt rammet av kreft ikke har jobbet mens de var under behandling. I likhet med i barnehagen er det vanskelig å skjerme lærerne fra smitte mens de er på jobb i skolen.

Hensynet til kontinuitet i undervisningen er også sannsynligvis en viktig grunn til at det kan være vanskelig for lærere å jobbe parallelt med behandlingen. Inntrykket vårt er at lederne også ser det som naturlig at lærerne er 100 prosent sykmeldt i denne perioden.

Lederens dilemma i skolen

HR-ansvarlig fremhever uforutsigbarheten som oppstår dersom lærere veksler mellom tilstedeværelse og fravær som en stor utfordring for skolen. Hensynet til kontinuitet for elevene tilsier at det beste er å ha lærere som har en stabil og forutsigbar tilstedeværelse. Samtidig vil situasjonen for mange kreftrammede være både ustabil og uforutsigbar, spesielt i fasen etter at primærbehandlingen er avsluttet.

Arbeidsgiver kan oppleve et dilemma i situasjoner der hensynet til læreren kommer i konflikt med elevenes behov. HR-ansvarlig ved en av skolene forteller at elever som sliter, det kan være faglig, psykisk eller sosialt, vil være ekstra sårbare for ustabilitet hos kontaktlærer. Hun tror mange lærere føler på ansvaret, og at det noen ganger bidrar til at de strekker seg for langt for å være på jobb.

HR-ansvarlig anser at ustabiliteten ofte kan bidra til å gjøre situasjonen vanskeligere for de mest sårbare elevene. For dem vil det ofte være bedre at læreren blir erstattet av en annen/vikar. Hun sier at hun av den grunn noen ganger har tenkt at det ville vært bedre at kreftrammede ikke jobbet i den perioden. Det er imidlertid vanskelig å bringe lærerens begrensninger i møte med elevenes behov på bane, spesielt hvis læreren er rammet av kreft. Hun sier:

Kreft er det ekstra sensitivt å snakke om. Å si til en med kreft at det er så urolig for elevene når du er så mye til og fra. Det sitter langt inne å si. Vi ønsker jo ikke å lage noen vanskeligheter. Noen lærere er veldig knyttet til klassene sine og ser ikke begrensningene.

I likhet med barnehagene, er også skolene avhengig av forutsigbarhet og at læreren har kapasitet til å ivareta elevene på en god måte. Når arbeidsevnen til læreren varierer, har skolen behov for ekstra bemanning dersom tilbudet til elevene ikke skal bli svekket. Inntrykket vårt er imidlertid at skolene ikke har budsjetter til den ekstra bemanningen som må til. Muligheten til aktiv sykmelding er et savn også i skolesektoren. En av skolene har tatt i bruk tilskuddsordninger fra NAV som ga mulighet til å kunne være to lærere i en klasse.

I likhet med leder i barnehagen, må også ledere i skolen ta hensyn til de andre kollegaene når det tilrettelegges for en lærer. Samtidig har vi ikke inntrykk av at tilrettelegging for en lærere i skolen nødvendigvis har noen negativ konsekvens for de andre lærerne. Noen steder kan det være slik at lærerne ønsker seg de samme undervisningstimene. En avdelingsleder på den videregående skolen vi besøkte sier:

Kollegaene tenker at hun kan få det faget ett år siden hun trenger det nå, men at det ikke skal bli hengende på henne for alltid. Jeg er nødt til å gi det til noen andre neste år.

Samlet inntrykk fra undervisningssektoren er at mulighetene for å jobbe gradert er tilstede både i barnehager og skole, men at fleksibiliteten for hvordan dette løses er størst i skolen. Skolen har også langt større mulighet til å legge til rette ved å tilpasse arbeidsoppgaver, samt gi fleksibilitet i arbeidstider. Arbeidsoppgavene i barnehagen samt turnussystemet bidrar til å gjøre mulighetene for tilrettelegging mindre. Felles for begge sektorene synes også å være at de mangler budsjetter til å jobbe «oppå», noe som kan være med på å bidra til å gjøre det vanskeligere å være på jobb i en fase med lav arbeidsevne.

6.7 Manuelle yrker

Mange kreftrammede erfarer at arbeidskapasiteten reduseres som følge av ettervirkninger av behandlingen. Muligheten til å være på jobb til tross for at en har redusert kapasitet beskrives som viktig for hvor raskt de klarer å komme tilbake på jobb. Vi vet at langtidsfraværet innen manuelle yrker er høyere enn i høykompetanseyrker. Den fysiske belastningen trekkes ofte frem som noe av årsaken til det høye sykefraværet innen manuelle yrker. Ved å velge dette som case, har vi ønsket å få innsikt i om de fysiske kravene også vil kunne være en barriere når ansatte som har vært rammet av kreft skal komme tilbake på jobb etter sykdomsperioden.

Vi har gjennomført intervjuer ved to avdelinger innen logistikk og transport, en renholdsavdeling ved en videregående skole og ved to landsdekkende butikkkjeder. Det som er felles er at arbeidet er manuelt og fysisk krevende. Arbeid i butikk innebærer utstrakt kundekontakt. Det er ingen fleksibilitet i arbeidstider, de ansatte må komme til faste tider ut i fra et turnussystem. Ingen har såkalt regulær arbeidstid, men har vakter til ulike tider av døgnet både på ukedager og helgedager.

I logistikkavdelingen har de ansvar for mottak, pakking og sortering av innkommende pakker. Avdelingen er i døgkontinuerlig drift som er delt inn i fire skift. De ansatte jobber en uke på og en uke av og veksler mellom å jobbe dagvakter og kveldsvakter. Arbeidet organiseres rundt 10 ulike typer arbeidsstasjoner som er knyttet til mottak og utpakking av varer, sortering, intern transport og klargjøring for transport ut. Arbeidet beskrives som rutinemessig og fysisk krevende, men med en variasjon i hvor tunge de ulike arbeidsoppgavene er. Det er en blanding av menn og kvinner som jobber i avdelingen. De fleste med full stilling.

Transportavdelingen består av en rekke ulike mottak som har ansvar for å klargjøre pakker som hentes av bud som leverer ut til mottakerne. Arbeidet er fysisk krevende. Også her er det en blanding av menn og kvinner, hovedsakelig i full stilling.

Renholdsavdelingen vi har besøkt har ansvaret for renholdet ved en videregående skole med om lag 2000 elever. De fleste ansatte er kvinner og jobber i deltidsstilling. Det starter på jobb kl. 6:00. Arbeidet er fysisk krevende,

men det er også en viss variasjon mellom de ulike oppgavene når det gjelder hvor fysisk belastende de er.

De butikkansatte er hovedsakelig kvinner som jobber i deltidsstilling. Å jobbe i butikk er fysisk krevende. De ansatte må stå og gå største delen av arbeidsdagen. I tillegg innebærer arbeidet en del løfting og flytting i forbindelse med at varer skal pakkes ut og hentes fra lager til butikk. Butikksjefen har noe tid allokert til administrasjonsarbeid, men mesteparten av tiden går med til å jobbe praktisk ute i butikken. En HR-leder vi snakket med beskriver jobben som butikksjef som 95% operativ.

Handlingsrom for tilrettelegging

Det som kjennetegner de manuelle jobbene vi har sett på er at den enkelte ansattes mulighet til å påvirke arbeidsoppgavene er begrenset. Dette gjelder både hva som skal gjøres, men også når det skal gjøres. Skolen må rengjøres, butikkene må betjenes og pakker skal sorteres og leveres ut. De som er på vakt har et felles ansvar for at arbeidsoppgavene blir gjort. I tilfeller der en person er borte fra jobb, eller ikke kan yte hundre prosent, må kollegaene ta i et ekstra tak. Mulighetene for å ha dobbelt bemanning er begrenset i samtlige virksomheter. Leder er derfor mer eller mindre avhengige av 100 prosent ytelse fra de som er tilstede.

Arbeidet er fysisk krevende og det er få muligheter til å gi ansatte andre typer arbeidsoppgaver. HR-lederen i en av kjedene sier:

Vi har ikke så mye «back-stage» arbeid. Noe kontorarbeid, men veldig lite. Må kunne jobbe med kunder og varer når man er her.

Noen av yrkene har likevel en viss variasjon når det gjelder hvor tunge de ulike arbeidsoppgavene er. I logistikkavdelingen er det ti ulike arbeidsstasjoner, og det varierer der hvor fysisk tungt arbeidet ved de ulike er. Det samme gjelder for renholdsavdelingen. Oppgavene som beskrives som tyngst der er blant annet å løfte opp stoler når gulvene skal vaskes, å vaske bak toaletter i trange båser og å vaske av tavlene i klasserommene. I transportavdelingen har de både enklere og tyngre ruter. Som vi kommer tilbake til i kapittel 7 har transportbedriften vi har besøkt gjort mange gode grep som andre bedrifter har mye å lære av.

Mulighetene for å jobbe gradert er tilstede i jobbene vi har sett på innenfor dette caset. Fra arbeidsgivernes ståsted er det også ønskelig at ansatte som kommer tilbake i jobb etter kreftsykdom jobber gradert den første tiden.

Å tilrettelegge for kreftsyke etter behandling

Noen kreftrammede jobber i behandlingsperioden, men blant tilfellene arbeidsgiverne innen manuelle yrker har erfaring med, er det ingen som har gjort det. Det typiske sykefraværforløpet blant ansatte som har vært rammet av kreft, har enten vært at vedkommende har kommet helt tilbake eller delvis tilbake etter at sykepengeperioden er over.

Arbeidsgiverne har også erfaringer med at ansatte ikke kommer tilbake, men at de går over på AAP og etter hvert andre trygdeytelser. Ettersom arbeidsgiverne ikke har erfaring med at ansatte har jobbet gjennom behandlingsperioden, er erfaringene med tilrettelegging vi belyser her knyttet til at den ansatte kommer tilbake etter at behandlingen er avsluttet.

Flere av virksomhetene er IA-bedrifter og jobber aktivt med reduksjon av sykefravær og tilrettelegging. Noen har erfaring med å ta i bruk flere av støtteordningene som tilbys av NAV.

Logistikk og transportvirksomheten vi besøkte hadde et eget arbeidstrenings-senter der de har samlet de enkleste arbeidsoppgavene, slik som å gjøre søk på PC, sette på lapper på brev og pakker og liknende. Senteret benyttes ofte for å gi ansatte en myk oppstart etter endt sykmelding. Ledelsen forteller at erfaringen likevel er at mange helst ønsker å starte i den ordinære jobben sin. Da kan det være behov for ulike former for tilrettelegging.

I logistikkavdelingen la de til rette for at ansatte kunne slippe de tyngste løftene for en periode. Dette fikk de til fordi skiftet bestod av seks andre ansatte som kunne dele på å ta de tyngste oppgavene. Arbeidsgiver understreket samtidig at han var avhengig av de ansattes velvilje for å få det til, og at tilretteleggingen hadde en klar tidsbegrensning. Lederen sa:

Vi prøvde å legge til rette for at hun skulle kunne yte fullt ved å tilrettelegge noe, men gjorde ikke annet enn at hun slapp de tyngste løftene. Det er syv ansatte på det teamet, så de kjenner hverandre godt. Alle ønsker å bidra for hverandre. Kollegaene hjalp til med å avlaste. Dette varte ca. 5 – 6 uker. Hun var tilstede den prosentandelen hun skulle ha. Hun var veldig sliten og hadde jo ikke vært i fysisk aktivitet på et år. Men så lenge hun fikk bestemme litt hva hun skulle gjøre, så gikk det bra.

Virksomheten har en etablert praksis med å søke tilretteleggingstilskudd fra NAV når tilretteleggingen har medført merutgifter i form av utgifter til ekstra bemanning eller hjelpemidler. De søker også om tilskuddet dersom tilretteleggingen har medført større belastning på de andre kollegaene, også i tilfeller med kreftdiagnoser. En avdelingsleder på et lager forteller:

Hvis det er en som kommer tilbake og noen andre må ta de tyngste løftene, da søker vi om tilretteleggingstilskudd. Hvis det er teamet som får en merbelastning går tilskuddet til teamet slik at de kan gjøre noe hyggelig sammen³⁶.

I transportavdelingen bidro de til å lette den fysiske belastningen ved arbeidet ved at de tilrettela leveringsrutene til de ansatte. De kunne også i noen tilfeller la ansatte benytte bil på rutene istedenfor å gå.

I butikkene ligger det en mulighet for å skåne en ansatt fra tunge løft ved at andre ansatte tar det arbeidet. Det er også til en viss grad mulig å la en ansatt få større eller mindre ansvar for kundeservice, alt ettersom hva den ansatte trives best med. I butikkene som er inndelt i avdelinger, har noe av tilretteleggingen også kunnet være å la ansatte velge hvilken avdeling de har ønsket å jobbe i. Muligheten for å velge arbeidsområder øker jo større butikken er.

Felles for virksomhetene vi har snakket med, er at de ikke har budsjetter til å la noen gå «oppå» for å redusere arbeidsbyrden til en ansatt med redusert arbeidskapasitet. Virksomhetene har likevel gjort unntak i enkelte situasjoner.

³⁶ I følge retningslinjene kan tilskudd ikke gå «til behandling, lovpålagte HMS-kurs eller generelle velferdstiltak». Vi ser ikke bort fra at virksomheten her tatt seg litt «for store friheter».

På den videregående skolen vi besøkte, starter renholderne arbeidet klokka seks. Den første halvannen timen benyttes til å vaske klasserommene slik at de skal være klare når elevene kommer kl. 08.30. Den ansatte ønsket i utgangspunktet å være på jobb, men formen hennes var veldig vekslende, noe som gjorde at lederen aldri visste om hun klarte å komme på jobb eller ikke.

Selv om avdelingslederen i utgangspunktet er avhengig av at de ansatte går hele vakter, valgte de i dette tilfelle å hente inn en vikar som kunne jobbe de tyngste timene fra klokka 06.00 til 08.30. Den kreftrammede kunne da komme på jobb litt senere. Ved å bruke en vikar de første timene før skoledagen startet, sikret hun også at den viktigste delen av arbeidet ble gjort uten ekstra belastning for de andre ansatte. Lederen beskrev tilgangen på timevikarer som svært god, noe som gjorde det mulig å tilkalle noen som var villige til å jobbe en halv vakt, på relativt kort varsel.

I logistikkavdelingen åpnet lederen for en fleksibilitet for en ansatt som var tilbake på jobb etter å ha blitt rammet av kreft. Hun kunne ringe og spørre om å få slippe kveldens nattvakt og heller å ta den igjen dagen etter. Lederen oppfattet at den ansatte var arbeidsom og pålitelig, og trodde ikke hun var ute etter å snike seg unna. Han syntes derfor at det var greit å gjøre denne typer endringer for å imøtekomme den ansatte. Lederen understreket likevel at dette var et unntak fra etablert praksis, men forsvarte det ut fra at han var så fornøyd med den ansatte.

Arbeidsgivers dilemma

Lederen for renholdsavdelingen sier at det isolert sett er mulig å gi en ansatt de letteste oppgavene, men at det av hensyn til de andre ansatte ville være svært uheldig. Hun sier at fordi yrket er så fysisk krevende er det den lille variasjonen i hvor tunge de ulike arbeidsoppgavene er som gjør at de ansatte mestrer jobben. Hun forteller at til tross for at det kollegiale samholdet blant renholdspersonalet er sterkt, ville hun hatt problemer med å velge ut hvem som skulle tatt de tyngste oppgavene.

Arbeidsgiverne vurderer det som uproblematisk at arbeidstakerne jobber gradert, men det ligger noen føringer på hvordan dette løses i praksis. Arbeidsgiverne er avhengig av å få fylt opp hele vakter og det er vanskelig å få noen til å ta halve vakter. Derfor må gradering gjennomføres ved at den ansatte har færre vakter, ikke ved at de har kortere vakter. Arbeidsgiver får derfor en utfordring dersom en ansatt har behov for å jobbe kortere vakter.

Det er også vanskelig for arbeidsgiverne å innfri ansattes ønsker om å få vakter på bestemte dager eller tider av døgnet. Det er hensynet til de andre ansatte som setter en stopper for dette – i og med at fleste ønsker og er avhengig av å ha en turnus som også inneholder et visst antall bekvemme vakter. Det betyr at den ansatte må kunne ta både dagvakter og nattvakter dersom dette er en del av turnusen på arbeidsplassen. En av HR-lederen sa at:

Det er krevende å sette en likhet for alle. Vi kan ikke lage individuelle løsninger på arbeidstider og slikt. Vi kan ikke kreve at en bare skal jobbe dagvakter – det stopper seg selv.

Arbeidsgiverne har erfaring med at noen ansatte strekker seg langt for å komme tilbake etter at sykepengeperioden er over. Det kan være en utfordring både for den ansatte og for virksomheten, dersom en ansatt kommer tilbake på jobb før

vedkommende er klar for det. HR-ansvarlig i en av virksomhetene forteller at de legger stor vekt på å oppmuntre den ansatte til å tenke langsiktig, og anbefaler dem heller å komme tilbake gradvis og bli helt frisk, istedenfor å presse seg slik at de blir dårligere. Likevel har de ofte erfart at ansatte kommer tilbake for tidlig.

Inntrykket er at det ofte er av hensyn til økonomien at ansatte «presser seg», siden de ofte kommer tilbake når sykepengeperioden er over. Lederne forteller at de er helt avhengig av andre kollegaenes velvilje, når ansatte kommer tilbake på jobb før de egentlig er klare for det. Den ansattes status blant arbeidskollegaene har igjen betydning for hvor velvillige kollegaene er til å ta i et ekstra tak. Men også alvorligheten som er assosiert med kreft, bidrar til at kollegaer ønsker å strekke seg langt. Avdelingslederen på logistikkavdelingen forteller:

Det var nok av hensyn til økonomien at hun (nattevakten) kom tilbake. Jeg tok opp med teamet at jeg ikke trodde hun var helt klar, men miljøet sa at vi tar ansvar for henne. Det skulle gå bra. Men hadde det vært en annen sykdom eller en annen arbeidstaker vi ikke var like fornøyd med, så hadde det ikke blitt sånn. Da ville ikke teamet stilt opp på samme måte, hvis det først og fremst ble en belastning. Det første halve året var hun redusert, men hun yter mer enn normalt når hun er frisk. Grunnlaget var litt lagt på forhånd. Så da gikk det på en måte opp i opp.

Erfaringene fra de manuelle jobbene vi har sett på viser at muligheten til å jobbe gradert blir viktig når den ansattes arbeidskapasitet er begrenset og tilretteleggingsmulighetene er få. Samtidig viser erfaringene at mange også vil ha behov for at jobben tilrettelegges slik at den fysiske belastningen blir mindre. Arbeidsgiverne sier de har begrensede muligheter til å redusere de fysiske belastningene, men at de kan klare å gjøre en del for en kortere tidsperiode.

Lederne møter et dilemma når den kreftrammede kommer tilbake i jobb med redusert arbeidsytelse fordi det bidrar til at kollegaene må gjøre mer. I eksemplene vi har fått har kollegaene vært villige til å ta i et tak, fordi den kreftrammede har vært en arbeidsom og godt likt kollega. Men hva skjer dersom vedkommende ikke er det?

Samlet er inntrykket at begrensningene for tilrettelegging innen manuelle yrker først og fremst ligger i mulighetene for fysisk tilrettelegging. Dette innebærer ofte mer belastning på de andre kollegaene, noe som gjør at deres evne og vilje til å ta i et ekstra tak blir viktig. Turnussystemet i disse yrkene åpner imidlertid for at de ansatte kan jobbe færre vakter. Samtidig vil behovet for å bemanne opp skiftene, legge begrensinger på at ansattes mulighet til å jobbe kortere vakter.

6.8 Oppsummering

I dette kapitlet har vi beskrevet og diskutert ulike løsninger og barrierer som arbeidsgivere kan møte i arbeidet med å tilrettelegge for kreftrammede i arbeidslivet. Det er relativt store variasjoner mellom casene når det gjelder handlingsrommet for tilrettelegging over tid. Yrke og funksjon i organisasjonen kan påvirke den enkeltes muligheter til arbeidsnærvær.

Innenfor forskningssektoren må prosjekter kanskje ligge til vedkommende forsker er frisk nok til å fullføre arbeidet. Et viktig spørsmål for en instituttleder er om hun

har juniorer i form av stipendiater og post doc-ansatte som kan gå inn og overta noen av undervisningsoppgavene i en innfasing eller når forskeren er delvis sykmeldt. Mulighetene for arbeidsgivere innenfor akademia kan med andre ord være styrt av tilfeldigheter.

I sykehjemsektoren er det imidlertid relativt enkelt å finne en vikar for en sykmeldt pleier. Kontekstspesifikke sider ved arbeidsplassen (slitasje) og arbeidsoppgavene (turnus, omsorg for andre syke) kan imidlertid bidra til å gjøre gradert sykmelding problematisk. Arbeidsplassers størrelse og muligheter for å finne alternative turnuser og oppgaver påvirker dermed handlingsrommet for tilrettelegging i helsevesenet.

Tilsvarende må en ansattes fravær innenfor manuelle yrker og i barnehager løses ved å hente inn vikar. At en ansatt er på jobb med redusert arbeidsevne har konsekvenser for de andre kollegaene fordi de ofte må gjøre mer. Gradert sykmelding som innebærer at en ansatt jobber kortere dager er vanskelig innen disse turnusyrkene.

I en rekke bransjer vurderer arbeidsgivere at kostnadene ved vikar er større enn merbelastningen for arbeidsmiljøet ved å ikke ha vikar. Dersom det krever mye opplæring for å gjøre jobben, kan arbeidsgivere vurdere det som mer hensiktsmessig å fordele den kreftrammedes arbeidsoppgaver mellom de andre ansatte. I noen tilfeller kan det også være vanskelig å få noen til å ta korte vikariater. I hvilken grad leder kan fordele arbeidsoppgavene er også ofte avhengig av om staben og arbeidsmiljøet. Dette kommer vi tilbake til i neste kapittel.

Kreftrammede har redusert immunforsvar og økt sensibilitet for å bli smittet av andre sykdommer. Økt sensibilitet for smitte etter behandling er en vesentlig faktor som kan ha større betydning for sykepleiere og omsorgsarbeidere, enn for ansatte i andre yrker. Dette kan begrense lederes mulighet for tilpasning i egen stilling.

I høykompetansebedrifter vil arbeidsgivere trolig være interessert i å føre en utvidet personalpolitikk for å beholde ansatte som de har gjort store utdannings- og opplæringsinvesteringer i. I flere selskaper vi har vært inne i har man investert mye i lederutvikling og karriereløp, og vi antar at dette har innflytelse på hvor mye ledere investerer i å tilrettelegge for tilbakekomst til opprinnelig stilling og posisjon.

Våre og andres studier har vist at grupper av kreftpasienter får de største plagene etter at behandlingen er ferdig – da kan sykepengeperioden ofte være over. Behandlingsløp over ett år og seneffekter kan bidra til at grupper av kreftrammede har behov for en lengre sykkelønnsperiode enn ett år.

Et arbeidslivet som baserer seg på 100% arbeidsytelse står i motsetningsforhold til kreftrammedes behov for tilpasset arbeid. Funnene fra casestudiene peker på at mulighetene for å være på jobb med nedsatt arbeidsevne er forskjellig i ulike deler av arbeidslivet. Arbeidstakers nærvær på jobb er heller ikke alltid ønskelig – sett fra arbeidsgivers ståsted.

7 Nyttige eksempler på oppfølging og tilrettelegging

I dette kapitlet trekker vi frem noen eksempler på arbeidsgiveres gode erfaringer med tilrettelegging og oppfølging som i stor grad er uavhengig av yrke/bransje. Formålet er å trekke frem nyttig eksempler som arbeidsgivere kan lære av. Det gjelder ikke bare i etterkant av en sykmeldingsperiode, eller når den ansatte er i gradert sykmelding, men også når arbeidstaker er hundre prosent sykmeldt. Vi ser først hvordan relasjonelle faktorer kan fremme tilrettelegging, før vi beskriver eksempler fra arbeidsgivere som har lykket spesielt godt med oppfølging av kreftrammede.

7.1 Relasjonelle faktorer som fremmer nærvær

7.1.1 Kreft utløser empati og omsorg

En viktig erfaring fra intervjuene med arbeidsgivere er at kreftsykdom utløser empati, omsorg og vilje til å støtte og tilrettelegge. Det gjelder ikke bare blant arbeidsgivere, men også blant kollegaer. Vi har møtt arbeidsgivere som strekker seg langt for å lette tilbakekomst til arbeidet for kreftrammede arbeidstakere. Vi har hørt arbeidsgivere fortelle om kollegaer som har stilt opp og lettet arbeidstrykket for den som er eller har vært rammet av kreft. Det kan ofte skje over lengre perioder.

En representant for arbeidsgiver i universitetssektoren forteller:

Alle angripes av kreft; gammel, ung, sprek, ikke-sprek. Det handler ikke så mye om livsstil. Veldig ofte er det jo sunne folk som får kreft. De kreftrammede får nok en annen omsorg enn om det kom inn en person med noe selvforskyldt. Sykdom er jo like ille for denne personen, men en kreftpasient får nok mer omsorg og forståelse.

Sitatet over illustrerer hvorfor kreft er spesielt - vi kan alle få kreft, og den som blir rammet er som regel helt «uskyldig». Arbeidsgivere forteller også at kreft er en sykdom som tas svært alvorlig.

Vi ser en sterk motivasjon blant lederne for å gjøre mye for å få den ansatte tilbake på en god måte. Vi ser også at personlige egenskaper ved ledere, som uttrykt omtanke og innlevelse i den ansattes situasjon og motivasjon til å legge til rette og holde kontakt med kreftrammede arbeidstakere, har betydning for hvor langt ledere strekker seg for å følge opp og tilrettelegge for vedkommende. De lederne vi har intervjuet er nettopp blant de som er motiverte til å gjøre mye for å tilrettelegge. I noen tilfeller har de tilrettelagt over mange år, noe som har ført til at lønnsomheten i bedriften har gått ned. Når ledere gjør mye for å støtte den ansatte, er grunnlaget lagt for en god og riktig innfasing etter sykdom.

Som vi kommer tilbake til, er også arbeidsmiljøet og staben sentrale faktorer som kan gi lederen større handlingsrom for å få til en myk overgang til arbeidet for den

som kommer tilbake under eller etter kreftsykdom og behandling. Andre relasjonelle faktorer som arbeidsgivere nevner påvirker deres arbeid med å holde kontakt og legge til rette - er den ansattes trivsel før sykdommen.

Videre i kapitlet ser vi nærmere på hvordan varigheten av sykdomsforløpet, motivasjon blant ledere, tillit mellom partene, samt kollegaers vilje og evne til å bidra med å tilrettelegge, kan påvirke leders mulighet for å legge til rette for arbeidsnærvær og hindre frafall blant kreftrammede arbeidstakere.

7.1.2 Åpenhet og dialog

Åpenhet og innsikt i den kreftrammedes diagnose og forløp er noe de fleste arbeidsgivere mener er avgjørende for å kunne tilrettelegge på en god måte. Lederen kan slik følge løpet den kreftrammede går gjennom. Det er også et poeng at kollegaer har noe kunnskap om hva situasjonen hans/hennes er, og forstår hvorfor de eventuelt får flere oppgaver i perioder.

Flere arbeidsgivere mener at kreft er greiere å forholde seg til og snakke om, enn psykiske lidelser. En leder i politiet fortalte at hos dem er det nok lettere for både den ansatte og de rundt å forholde seg til kreftsykdom enn depresjon.

Depresjon kan kanskje være tabu her, vi er jo forskjellige mennesker her, ikke alle er Sylvester Stallone. Men det er jo fortsatt slik at de store sterke og tøffe og dersom du er en av dem og får en depresjon, så kan det være vanskelig å snakke om det og være åpen om det.

I politiet kan denne oppfatningen bunne i en maskulin kultur, men vi mener at det er en gjennomgående forståelse blant arbeidsgivere, at det er lettere å være åpen om kreft enn om psykiske lidelser.

Tidligere studier har vist at god dialog mellom leder og den sykmeldte, høy grad av tillit og trygghet i relasjonen øker mulighetene for at den sykmeldte kommer raskere tilbake i arbeid (Ose et al., 2013). En god dialog mellom partene i utgangspunktet kan bidra til at den ansatte vil fortelle om sykdommen og hvilket forløp han eller hun skal gjennom.

En kontorleder forteller om hvordan den ansattes åpenhet bidro til å gi henne innsikt i hva som skulle til for å få en god og fleksibel ordning for kvinnen med kreft. Kvinnen hadde hatt både cellegiftbehandling og andre former for behandling. Hun hadde vært sykmeldt hundre prosent i seks måneder før hun kom tilbake i 20 prosent stilling, for så å øke til 80 prosent:

Hun holdt selv kontakt med meg og kollegaer. Det gjorde det lettere for oss å tilpasse fordi det var lettere å spørre hva vi kunne gjøre for henne. Det er lettere når den ansatte er åpen fordi man kan diskutere fleksibilitet. (...) Hun hadde ettervirkninger og var sliten og fortalte oss at hun var utmattet. Det gikk an å diskutere og vi tilrettela på den måten at hun kunne komme og gå i den stillingsprosenten hun var friskmeldt til.

Dette er en av mange fortellinger fra arbeidsgivere om hvordan den ansatte selv har bidratt til å holde kontakten og kommunisere om sin situasjon til kollegaer. I dag er det generelt stor åpenhet i offentligheten om kreftsykdom. Mange kjente personer og andre har stått frem med sine historier. Kreft er ikke lenger beheftet med tabuer, og det kan være årsaken til at mange arbeidstakere har vært åpen

til sin leder om diagnosen og behandling. Få arbeidsgivere vi har intervjuet har hatt vansker med å snakke med den kreftrammede om sykdommen og diagnosen.

Noen kreftsykdommer er imidlertid nærmere forbundet med livsstilsvalg enn andre, som for eksempel lungekreft med røykevaner. Det er også en potensiell mulighet for at kreftrammede kan føle et forventningspress fra sine omgivelser om å være åpne om sykdommen. Det er ikke helsefremmende, og det er noe ledere bør være klar over.³⁷ Åpenhet om sykdom er derfor ikke ønskelig for alle, og her er det viktig å ta individuelle hensyn.

Flere av arbeidsgiverne vi snakket med hadde erfaring med at arbeidstakere som ikke ønsket å være åpne om sin kreftsykdommen. Sett fra arbeidsgivernes ståsted bidrar manglende åpenhet og dialog til et vanskeligere utgangspunkt for tilrettelegging for den ansatte. Når den ansatte er tilbakeholden med informasjon om egen sykdomssituasjon, er det vanskelig for lederen å vite hvilke forventinger hun kan ha til vedkommende.

I mediebedriften vi besøkte, er lederen avhengig av at ansatte leverer det de har fått ansvar for. Tidspresset er stort og overholdelse av tidsfrister er en nødvendighet. Dette bidrar til at lederen er helt avhengig av at den ansatte gir informasjon som gjør det mulig å planlegge. Lederen forteller:

Denne jobben krever noe mer enn en vanlig produksjon. Du må levere på det du har ansvaret for. Derfor er det viktig at arbeidsleder kjenner til sykdommen. Er det en stor krimhendelse, så får det store konsekvenser dersom vedkommende plutselig ikke orker mer. Det kan ikke gjenta seg over flere uker.

Andre arbeidsgivere kan ha større anledning til å se mellom fingrene med at en ansatt er sparsom med informasjon om sykdomssituasjonen sin selv om behovet for informasjon nok gjelder de fleste. En instituttleder ved et universitet forteller:

En mann hos oss i 50-årene har kreft og går til behandling. Jobber underveis. Han forteller oss lite om hva som er situasjonen. Vi sliter med å finne ut hvordan det går med ham. Han jobber så godt han kan innenfor de 65 prosentene han skal. Innenfor den delen han jobber, så har han ganske begrenset kapasitet, men vi har vært snille og tar hensyn.

Selv om arbeidsgivere ønsker at arbeidstakeren skal være åpen om sin situasjon, blir det samtidig fremhevet som viktig å sette noen rammer for når den ansatte kan være åpen. Arbeidsgivere vi har snakket med har gode erfaringer med å avtale jevnlig møter, der den ansatte gis anledning til å informere leder om hvordan vedkommende har det, og hvor de i fellesskap kan diskutere arbeidssituasjonen. Dette bidrar til å sikre gjensidig dialog og informasjonsutveksling mellom leder og ansatt, noe som øker leders mulighet til å legge til rette for en best mulig arbeidssituasjon for den ansatte.

³⁷ Sykepleieren Venke Johansen fant i sin doktoravhandling om kvinner med brystkreft at mange av kvinnene hun intervjuet følte seg presset til å være åpne og svare på spørsmål om sykdommen fra både nære og fremmede (Johansen, Andrews og Haukanes, 2009).

Åpenhet kan også skape et større rom for å holde kontakt underveis i sykdomsprosessen. Om kontakten uteblir i et helt år eller mer kan en retur bli en mye større barriere. Våre intervjuer med arbeidsgivere og arbeidstakere viser at det er viktig å stimulere til kontakt med de sykmeldte gjennom hele sykmeldingsperioden.

Noen arbeidsgivere fortalt også om kreftrammede som ikke ønsket å informere kollegaer. Det kan igjen bidra til mindre forståelse og vilje hos kollegaene til å ta i et ekstra tak. En og samme strategi fungerer nok derfor ikke for alle, og det er viktig for arbeidsgivere å sondere terrenget og finne ut hva den sykmeldte selv ønsker og kan ha av kontakt. Som vi så i kapittel 4, forteller mange av våre kreftrammede informanter at de har mer enn nok med seg selv og familien i noen faser av sykdommen.

7.2 Gode eksempler på tilrettelegging og oppfølging

7.2.1 Leders støtte og omsorg

Som vi var inne på i kapittel 2 har forskning vist at støtte fra arbeidsleder er viktig for at ansatte skal være i stand til å fortsette i egen stilling etter kreftsykdom og behandling. Flere av de kreftrammede arbeidstakerne vi har snakket med fortalte at de følte seg usikre på egen kompetanse og arbeidsevne den første tiden de var tilbake på jobb. Mange kjenner på at de har mindre energi og at de kan slite med å holde konsentrasjonen. Inntrykket vårt er at forståelse og støtte fra nærmeste leder har stor betydning for hvordan den ansatte takler situasjonen, og hvordan vedkommende kommer seg igjennom denne fasen. Støtte fra leder handler både om å vise tillit til at den ansatte vil mestre, men også sørge for at arbeidsbelastningen står i samsvar med vedkommende arbeidsevne.

En kvinnelig arbeidstaker vi intervjuet opplevde at virksomheten hun jobbet i var i full omorganisering da hun kom tilbake. Kombinasjonen av å være usikker på egen arbeidsevne og å få en ny sjef som ikke kjente kvinnen fra før, bidro til at hun opplevde arbeidssituasjonen som vanskelig. Situasjonen snudde da hun ble flyttet til en annen del av virksomheten og fikk en sjef som kjente henne fra før, og som viste tiltro til hvilke evner hun hadde. Kvinnen hadde i lang tid jobbet redusert, men etter endringen maktet hun etter hvert å gå tilbake til full stilling. Kvinnen, som jobber i en mediebedrift, forteller:

Det som var det verste for meg var at jeg ikke kjente meg selv igjen. Jeg stolte ikke på at jeg klarte å greie jobben, og ble møtt av en sjef som ikke var positiv. Men den nye sjefen jeg etter hvert fikk var positiv. Jeg fikk god opplæring og en helt ny måte å jobbe på. Det var stress forbundet med å begynne i ny jobb, og jeg var livredd for å gjøre feil. Men når jeg endelig klarte det så var det enormt med den mestringsfølelsen. Det var helt utrolig, jeg kan fortsatt lære nye ting. Og det at sjefen min var så positiv ble det så bra. Jeg snakket litt med ham hvis jeg var nede, og han «bucket» meg opp.

Dette eksempelet viser at det å bli møtt med støtte, oppmuntring og tiltro til at en kan mestre, er viktig for ansatte når de kommer tilbake på jobb etter en kreftdiagnose. Flere vurderer leders omsorg og støtte som avgjørende for at de maktet å komme fullt tilbake i arbeidet.

En av lederne på et sykehjem hadde arbeidet i helse- og omsorgssektoren i mange tiår. Hun var opptatt av at de sykemeldte skal oppmuntres til å komme innom og holde kontakten med kollegaer og arbeidsplassen.

Instituttledere ved universitetet fortalte at de inviterte den sykmeldte til felles middager med forskergrupper eller gjesteforskere. Å invitere på uformelle hendelser er en måte å vise omtanke og interesse på og kan bidra til at den sykmeldte fortsatt opplever seg som en del av et arbeidsfellesskap til tross for at vedkommende ikke klarer å utføre arbeidet.

Noen ledere er oppmerksom på at kreftrammede med tydelige sykdomstegn, som håravfall, sårddannelser og annet kan ha vansker med å møte kollegaer i møter og til lunsj. I slike tilfeller kan leder eventuelt tilby møte/lunsj på kontoret sitt eller på et møterom hvor de kan være skjermet.

Nærvær på arbeidsplassen handler ikke nødvendigvis om å være fysisk tilstede og utføre arbeidsoppgaver. Arbeidsgivere kan gjøre mye for å støtte og inkludere den ansatte i perioder hvor hun eller han er 100 prosent sykmeldt. Å holde kontakten underveis løftes frem som en nøkkelfaktor for å lette tilbakekomst til arbeidet, noe som bekreftes av forskningen (Ose et al., 2013). Vi har sett at kreftsykdom vekker omsorg og vilje blant arbeidsgivere for å tilrettelegge på måter som kan gjøre tilbakekomst til arbeidet lettere for kreftrammede. Til tross for 100 prosent sykmelding har mange arbeidsgivere lagt til rette for nærvær og kontakt som fremmer den sykmeldtes tilhørighet til arbeidsplassen.

En av lederne i en bank forteller hvordan han fulgte opp en kreftrammet kvinne som fikk et krevende kreftløp trass i gode prognoser:

Hun ville veldig gjerne tilbake igjen raskt. Hun ville ha jevnlig møter. Jeg reiste hjem til henne og oppdaterte mens hun gikk til behandling. Jeg gav litt status, og vi snakket om hvordan hun følte seg og hvordan vi skulle få til en god innfasing. Det var ikke så lett for henne å komme på kontoret og vise seg. Jeg ville følge henne opp jevnlig. Ikke for å presse henne, men hun ville være oppdatert og ikke miste grepet, og jeg informerte henne om det som skjedde med kundene og på arbeidsplassen.

Denne fleksibiliteten fra lederen bidro til at den kreftrammede kvinnen kunne få informasjon og diskutere jobb uten at hun måtte møte hele avdelingen. Å få være deltakende og inkludert som en del av staben både under behandling og når man er 100 prosent sykmeldt kan bidra til å gjøre innfasingsprosessen lettere når den kreftrammede er helt eller delvis friskmeldt.

Intervjuene med arbeidstakere har vist at ikke alle har like stort ønske og/eller mulighet til å holde så tett kontakt som i dette eksemplet. Derfor er det viktig at lederen spør den ansatte hvilken kontakt vedkommende ønsker med leder og kollegaer. Å holde kontinuerlig kontakt og åpne for at situasjonen kan endre seg, løftes frem som viktige faktorer.

En leder fortalte om en kvinne som kom tilbake delvis fordi hun så gjerne ville «være flink». Hun var en svært pliktoppfyllende medarbeider som ofte påtok seg

mer ansvar enn nødvendig. Når hun kom tilbake forstod lederen etterhvert at hun trengte mer tid, for å klare arbeidsoppgavene:

Hun kjente etter hvert på at kapasiteten var dårligere. Hun var ikke i slag. Jeg måtte ta henne inn på kontoret og be henne ta bedre vare på seg selv. Hva fantes det av muligheter og alternative løsninger for at hun skulle klare å hente seg inn? Hun kom med på et rehabiliteringsprosjekt gjennom NAV, fikk coach og samtaler. Dette har hjulpet henne veldig. Hun har hatt veldig gode erfaringer med tilbudene til NAV.

Ut fra vårt materiale ser vi at mange kommer tilbake i arbeid med utfordringer knyttet til bivirkninger og emosjonelle reaksjoner på det de har vært gjennom. Det er viktig for arbeidsgivere å være klar over at mange kreftrammede som kommer tilbake i arbeid ikke nødvendigvis er «den samme personen» som den de var før.

Flere ledere vi har intervjuet har fortalt om kreftrammede arbeidstakere som har kommet tilbake i arbeidet før de er helt i stand til å mestre de oppgavene de hadde hatt. Etter en periode med alvorlig sykdom kan det være vanskelig for mange å mestre kombinasjonen arbeids- og familieliv.

Mange kreftrammede vil trenge rehabiliteringstilbud i etterkant av behandlingen. Radiumhospitalet i Oslo har et "Raskere tilbake"-tilbud med poliklinisk psykososial oppfølging av kreftpasienter og pårørende. Her kan man få individuelle samtaler, parsamtaler med sosionom og/eller psykolog hvor fokuset er psykososiale forhold og arbeidsevne. Målet er å bidra til at pasienter kommer raskere tilbake i arbeid eller unngår sykmelding.³⁸

Dette er et tilbud som har kommet de siste årene og som kan være aktuelt for mange arbeidstakere som skal tilbake etter kreftsykdom. Det finnes også en rekke andre rehabiliteringstilbud kreftrammede kan benytte seg av i etterkant av kreftbehandling. Vardesentrene har f.eks. tilbud rettet mot kreftpasienter og pårørende.³⁹

7.2.2 Konkret tilrettelegging

Som nevnt i kapittel 6 er det store forskjeller blant bedrifter når det gjelder hvilke muligheter de har til å være fleksible med hensyn til arbeidsoppgaver og arbeidstid. I bransjer med lite fleksibilitet og tunge løft eller andre fysiske belastninger kan ledere imidlertid benytte tilretteleggingstilskudd for å kompensere for kollegaers merbelastninger. NAV kan som nevnt dekke merutgifter til ekstra-personell når arbeidstaker må avlastes uten at vedkommende er sykmeldt.⁴⁰

³⁸ Link til internettsiden: http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Pasient/Brosjyrer/Brosjyre_psykososial_oppfølging_kreftpasient.pdf Hentdato 27.8.2015

³⁹ Link til informasjon om Vardesentrene på Kreftforeningens nettsider: <https://kreftforening.no/vardesentret/tilbud-og-aktiviteter/> Hentdato: 27.08.2015.

⁴⁰ Du kan lese mer om forebygging- og tilretteleggingstilskudd for IA-bedrifter på NAVs nettsider: <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+å+komme+i+jobb/Tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+innhold/Forebyggings-+og+tilretteleggingstilskudd+for+IA-virksomheter+og+BHT-honorar.813.cms#chapter-4> Hentdato: 27.08.2015.

Et eksempel på gode erfaringer med NAVs tilretteleggingstilskudd fant vi i transportbedriften. Her søkte HMS-avdelingen og lederen tilretteleggingstilskudd for å kompensere for at ett av teamene hadde avlastet en kollega som hadde redusert funksjonsevne etter operasjon.

I vårt materiale er det ingen av de private bedriftene som har søkt om tilretteleggingstilskudd fra NAV. Dette gjenspeiler funn fra Sintefs evaluering av forebyggings- og tilretteleggingstilskuddsordningen som viste at kommunal sektor var de som benyttet mest tilskudd per ansatt (Lippestad og Ose, 2013). En forklaring var at de ikke tar seg «bry med å søke om disse midlene da det er for lite penger og for mye papirarbeid».

Et tiltak som mange har behov for er å justere jobbkravene. I mange tilfeller er det mulig med litt fleksibilitet og kreativitet fra leders side uten at man henter inn vikar. Men ofte er vikaren nødvendig for å få kabalen til å gå opp. Flere av de kreftrammede informantene sier at tilpassing av jobbkravene til det meststringsnivået de hadde, bidro til at de kom raskere tilbake i jobb. En kvinne som arbeidet som lærer fortalte at hun fikk tildelt enkle administrative oppgaver den første tiden, og at dette for henne var veldig bra ettersom hun følte hun hadde mer enn nok med å komme seg på jobb den første tiden.

Arbeidsgiveren til en av de andre informantene tok inn en vikar som overlappet for henne de første fire månedene. Vikaren sørget for at oppgavene ble ivaretatt, slik at den kreftrammede kunne få en rolig start uten for mange krav. Informanten mente at den rolige starten bidro til at hun kom raskere tilbake i jobb.

7.2.3 Verdien av et godt arbeidsmiljø

Når arbeidsplassen har et godt arbeidsmiljø påvirker det selvsagt trivselen til de ansatte. Tidligere studier av kreftrammede i arbeidslivet har vist at kollegastøtte kan være viktigere enn støtte fra leder (Torp et al., 2011). Vi finner også at eventuell tilrettelegging av arbeidsoppgaver ofte forutsetter at kollegaer er forståelsesfulle og villig til å tå på seg nye oppgaver / være fleksibel.

Våre arbeidsgiverinformanter trekker også frem at arbeidsmiljøet og kollegaer er viktig for den ansatte som rammes av alvorlig sykdom. Noen mener det er helt avgjørende at kollegaer støtter den som er syk. En leder av en kontoravdeling forteller:

Jeg tror arbeidsmiljøet spilte en stor rolle fordi det bidro til at hun gjerne ville være på jobb. Det handler mye om at du får støtte fra kollegaene dine. En har mer lyst til å bidra når arbeidsmiljøet er bra. Hun som fikk kreft strakk seg for å være her – hun var så flink sosialt og satte farge på hverdagen vår.

Psykososial støtte og oppmuntringer fra kollegaer kan ha positiv betydning for mennesker som er rammet av alvorlig sykdom. En annen leder forteller hvordan hele staben var opptatt av at den kreftrammede kollegaen skulle klare seg gjennom sykdommen:

Hennes sykdom var med oss gjennom hele det året hun var til behandling. Alle her var opptatt av å bidra til at hun skulle føle at hun hadde oss i ryggen. Det var mer på alle, men vi var mer opptatt av

at hun ikke skulle gå på en smell. Hun fikk gå «oppå» sin egen stilling, Det var ingen som klaget over at de fikk større arbeidsbyrde.

Vi har mange lignende fortellinger fra våre arbeidsgiverinformanter om kollegaer som stiller opp og engasjerer seg sterkt for å støtte kollegaer med kreft. Mange ledere forteller at de er avhengig av "goodwill" fra resten av staben for å gjennomføre nødvendig tilrettelegging i de ulike fasene av kreftsykdommen, og i ettertid.

En av lederne innen bank/finans forteller hvordan arbeidsmiljøet tok et kollektivt ansvar også i den fasen den kreftrammede var 100 prosent sykmeldt:

Jeg tror hun var borte helt i et halvt år. Hele avdelingen her fulgte henne veldig opp. Et viktig arbeidsmiljø, sterk identitet, et raust system og muligheter for fleksibilitet. Det er klart vi er presset på ressurser, men vi fikset den biten. Her er det mange utadvendte mennesker, et godt miljø og en veldig støttende gjeng. Vi var villig til å ta kollektivt ansvar i den perioden.

8 Arbeidsgivers og arbeidstakers erfaringer med NAV

Arbeidsgivere, sykmeldte arbeidstakere, sykmelder og NAV-veiledere har ulike roller og relasjoner i sykefraværsoppfølgingen. Dette er beskrevet i kapittel 3. I dette kapitlet belyser vi trekantsamarbeidet mellom NAV, arbeidsgiver og den sykmeldte – sett fra arbeidsgivere og arbeidstakers ståsted.

I forrige kapittel beskrev vi hvordan både casespesifikke og generelle faktorer påvirker arbeidsgiveres muligheter for tilrettelegging for arbeidsnærvær for kreft-rammede arbeidstakere. I denne delen av rapporten inkluderer vi arbeidstakers og arbeidsgivers erfaringer med sykefraværsoppfølgingen, fordi vi finner at deres erfaringer med NAV ikke nødvendigvis er knyttet til sektor eller bransje.

Uforutsigbarhet knyttet til forløp av og reaksjoner på behandlingen er faktorer som er spesielt for mange kreftsykdommer til forskjell fra mange andre sykdommer. Fleksibilitet og tilrettelegging blir av den grunn ofte nøkkelfaktorer for å oppnå gode løsninger for arbeidsnærvær.

Vi skal først gjøre rede for hvilke rammebetingelser arbeidsgivere må ta hensyn til i arbeidet med tilrettelegging for ansatte som er sykmeldt eller står i fare for å bli sykmeldt. Deretter ser vi på informantenes erfaringer. Til slutt i dette kapitlet diskuterer vi betydninger av NAVs rolle i oppfølging og tilrettelegging for kreft-rammede i arbeidslivet.

8.1 NAVs regelverk

NAVs regelverk for sykefraværsoppfølging legger en rekke føringer for hvordan NAV, arbeidsgivere og sykmelder skal følge opp sykmeldte. Arbeidsgivere er forpliktet til å kontinuerlig følge opp sykmeldte arbeidstakere ved hjelp av ulike tiltak. Oppfølgingsregime tar i utgangspunktet ikke hensyn til hvilken sykdom arbeidstaker er rammet av. Dialogen skal primært handle om arbeidstakerens arbeidsevne og behov for tiltak og oppfølging fra arbeidsgivers side som kan gjøre den sykmeldte i stand til å returnere helt eller delvis til arbeidet.

I henhold til Arbeidsmiljøloven § 4-6 er arbeidsgiver pliktig til å innkalle arbeidstaker til dialogmøter (*dialogmøte 1*). Arbeidsgiver skal tilrettelegge for aktivitet og ha dialog med sykmeldte for å finne muligheter til arbeid og tilrettelegge så langt det er mulig for fortsatt deltakelse i arbeid.⁴¹ Den sykmeldte skal medvirke til dialog om funksjonsvurdering med arbeidsgiver og bistå i arbeidet med å utarbeide og gjennomføre oppfølgingsplanen.

I oppfølgingsplaner skal arbeidsgiver beskrive arbeidstakers muligheter til å fortsette i arbeid med eller uten tilrettelegging. Planen skal "inneholde aktuelle tiltak i arbeidsgivers regi, aktuelle tiltak med bistand fra myndighetene og plan for videre oppfølging." I en sjekklister for arbeidsgivere for dialogmøter beskrives eksempler på tilfeller hvor møtet kan være åpenbart unødvendig. Ett av punktene

⁴¹ Se nærmere beskrivelse av NAVs oppfølgingsregime for sykmeldte i kapittel 3.

beskriver unntaket for dialogmøter ved alvorlig sykdom: "Alvorlige sykdomstilstander hvor årsaken til sykmeldingen er av en slik art at møtet ikke kan gjennomføres på en hensiktsmessig måte."

NAV er forpliktet til "senest når arbeidsuførheten har vart i 26 uker, å avholde et dialogmøte mellom den sykmeldte arbeidstaker og arbeidsgiver, unntatt når et slikt møte antas å være åpenbart unødvendig."⁴² Møte kalles *dialogmøte 2*. NAV skal sende sykmeldte et informasjonsbrev ved 39 ukers sykmelding med tilbud om en samtale for å fange opp behov for eventuelle arbeidsrettede tiltak, arbeidsavklaringspenger (AAP) eller andre tiltak. Denne samtalen kalles *dialogmøte 3* og gjennomføres i tilfelle rett før utløpet av sykepengeperioden.

Nedenfor ser vi på følgende spørsmål:

- Hvilke erfaringer har arbeidsgivere og kreftrammede arbeidstakere med sykefraværsoppfølgingen i NAV-systemet, og hvordan opplever de at oppfølgingen har fungert?
- Hvilken rolle har NAV hatt i oppfølgingen av sykefravær, og har arbeidsgiverne benyttet muligheter for å søke tilretteleggingstilskudd fra NAV i arbeidet med oppfølgingen av kreftrammede arbeidstakere?
- Hvordan kan NAV bidra inn i sykefraværsoppfølgingen av kreftrammede arbeidstakere?

8.2 Bruk av dialogmøter

Arbeidsgiveres erfaringer

Som vi har vært inne på tidligere er det en utbredt forståelse blant arbeidsgiverne i vårt materiale at det som regel er uaktuelt for ansatte som rammes av kreft å jobbe i en tidlig sykdoms- og behandlingsfase. De fleste hevder at *dialogmøte 1* og oppfølgingsplanen etter fire ukers sykmelding ikke hadde noen hensikt fordi den ansatte på dette tidspunktet var til behandling innenfor spesialisthelsetjenesten.

Som kjent er kreft en samlebetegnelse på mange ulike kreftsykdommer. Mange diagnoser er alvorlige og krever intensiv og langvarig behandling. Andre diagnoser krever små inngrep eller annen behandling som ikke fører til sykefravær. Vårt utvalg av arbeidsgivere og arbeidstakere har imidlertid i hovedsak erfaringer med alvorlig kreftsykdom som ofte har krevd langvarig behandling. Dette må tas med i betraktning når vi leser om ledernes erfaringer. Vi har imidlertid også ledere i vårt materiale som forteller om ansatte som, selv med en kritisk diagnose, har jobbet jevnt mellom behandlingene.

En leder på et sykehjem forteller om to av hennes ansatte med svært alvorlige diagnoser og behandlingsopplegg:

Det var ikke nødvendig med dialogmøte fordi vi hadde så stor åpenhet i disse to tilfellene. Jeg visste prognose og hvordan det gikk. Vi fulgte

⁴² Sitat fra Folketrygdloven § 8-7 a,

opplegget og rapporterte. Vi hadde verken bistand fra NAV eller fastlegen. NAV godkjente at det ikke ble noen formelle møter.

Vi finner at denne forståelsen er utbredt blant arbeidsgiverne vi har intervjuet. Holdningene til at NAV ikke trenger å delta i møter/samtaler indikerer at kreftdiagnose og behandling er tilfeller hvor både arbeidsgiver og NAV kan vurdere det som "åpenbart unødvendig" å ha formelle møter med NAV. Det er riktignok noen arbeidsgivere som forteller om ansatte som har jobbet mellom behandlingene til tross for kritisk diagnose, men dialogmøter med NAV betraktes heller ikke i disse tilfellene som aktuelle. En personalkonsulent ved et forskningsinstitutt oppsummerer arbeidsgivernes holdninger og erfaringer i vårt materiale:

Vi var enige her på instituttet at det ikke var noe poeng med dialogmøter. Det var det som ble sagt her, vi snakket litt om at det var jo nesten for galt for et så sykt menneske å gjennomføre en slik dialog. Vi gjorde det vi skulle ut fra retningslinjene, men vi mente også at det var å plage henne mer enn nødvendig om vi skulle gjennomført dialogmøter. Det kom jo ikke annet ut av det enn at hun fikk forlenge stipendiatperioden. Derfor er det ikke ok med dialogmøter for en annen med kreftsykdom heller. Det er ikke så mye vi kan gjøre. Vi gjorde jo skjemaveldet; Det var greit for NAV at vi gjorde det slik.

Flere av lederne forteller at NAV-veiledere har gitt tilbakemelding over telefon om at det ikke er nødvendig å inkludere dem i dialogmøter når det er en kreftdiagnose.

Vi finner imidlertid at arbeidsgivere generelt mener at NAV har en viktig rolle i sykefraværsoppfølgingen, og at de ofte har positive erfaringer med NAV-ansatte. Som vi var inne på i forrige kapittel er kreftsykdom en diagnose som vekker empati og omsorg hos lederne vi har intervjuet. Vi har sett at mange har strukket seg langt og vært motiverte til å tilrettelegge for den ansatte. De fleste arbeidsgiverne vi har intervjuet trekker frem kreften som "enklere" å forholde seg til enn mange andre sykdommer – f.eks. psykiske lidelser, muskel og skjellet, mv.

Ifølge intervjuene med lederne har deres kreftrammede ansatte som regel vært 100 prosent sykmeldt i ett år for å så komme tilbake igjen i gradert sykmelding, eller for fullt. Ofte har det vært dialog underveis i behandlingsløpet og leder har fått informasjon om forløpet.

Lederne opplever at det er viktig og nødvendig med dialog eller samtaler med den kreftrammede underveis i sykdomsforløpet. Det er dialogen med NAV om arbeidsfunksjon de mener ikke er like aktuell. En av lederne innenfor domstolene fortalte hvorfor det ikke er hensiktsmessig med dialogmøter med NAV:

Føringene passer ikke til kreft. Oppfølgingssamtaler har vi systematisk gjennomført i andre tilfeller. Med god effekt. Vi har jo så mange samtaler med de som har hatt kreft. Vi følger opp og hører hvordan de har det. Mange har jo vært så syke at de har ikke kunnet være her i det hele tatt. Det gir ikke verdi med dialogmøter. Kanskje mer at de bør holde seg hjemme. Tror dette er annerledes med kreft. Hadde vi ikke hatt kontakt, så hadde det vært aktuelt med dialogmøter. Dette er jo viktigere med uklare sykdommer. Man må være klok. Er man i tvil, så er det aktuelt med NAV (...) jeg har ikke vært i kontakt med NAV før en eventuell overgang til AAP.

Mange kreftrammede går over til AAP etter en hundre prosent sykmelding/gradert sykmelding. Vårt inntrykk er at ved gradert sykmelding er det få arbeidsgivere som har hørt fra NAV angående dialogmøtet etter 26 uker. At dialogmøter ofte avlyses for kreftrammede blir også bekreftet i intervjuene vi har gjort med arbeidstakere.

En arbeidsgiver innenfor domstolsystemet fortalte at de hadde lite kontakt med NAV generelt, og ikke bare når den sykmeldte var rammet av kreft. Deres erfaring var at når personen ikke er hundre prosent sykmeldt, men delvis i jobb, så engasjerer ikke NAV seg i sakene. Til tross for at flere arbeidsgivere er kritiske til å holde dialogmøter for kreftrammede, finner vi ikke noen utbredt negativ holdning til NAV blant lederne. Men de fleste beskriver tilbakemeldingene til NAV om oppfølgingsplan og dialogmøter som rent pliktløp og noe de gjør for å tilfredsstille NAV. Vårt inntrykk er at en del ledere undervurderer NAVs hjelperolle i arbeidet med å legge til rette for kreftrammede. Med andre ord er ikke mulighetsrommet for tilrettelegging utnyttet i mange tilfeller. Dette kommer vi tilbake til.

8.3 NAVs rolle som kontrollør og hjelper

Arbeidstakeres erfaringer

Samlet har våre arbeidstakerinformanter svært ulike erfaringer med hvordan oppfølgingen fra NAVs side har fungert. En del av informantene forteller at NAV ikke kalte dem inn til dialogmøte 2 og 3, og at de først ble kontaktet da sykepengeperioden nærmet seg slutten. Andre ble innkalt, men ble i samråd med arbeidsgiver og NAV enige om at det ikke var hensiktsmessig å gjennomføre møtene.

Noen av informantene ble imidlertid innkalt til og gjennomførte dialogmøtene i henhold til planen. Det er imidlertid delte meninger om hvor nyttige de syntes møtene var. Noen av dem opplevde møtene som nyttige, mens andre opplevde møtene som meningsløse. Inntrykket vårt er at ansatte som har følt seg utrygge på hvordan arbeidsgiver ville behandle dem, har opplevd dialogmøtene som nyttige.

Noen arbeidstakere fortalte at de opplevde det som positivt at NAV inntok en beskyttende rolle ovenfor dem i møte med arbeidsgiver, og mente at det bidro til at arbeidsgiver behandlet dem bedre enn i én-til-én samtaler. En av informantene mente også at NAV sin deltakelse på møter bidro til at arbeidsgiver anstrengte seg mer for å finne gode tilrettelegginger. Noen erfarte NAV sitt fokus på arbeidsnærvær som for sterkt, og har, som vi så i kapittel 6, i ettertid vurdert det som uheldig at de jobbet gjennom behandlingsperioden. Enkelte opplevde at det i perioder ble lite tid til å ivareta både familie og arbeidet.

Vi har intervjuet kreftrammede som har erfaringer både med nåværende og tidligere system for sykefraværsoppfølging. Noen av de kreftrammede har måttet møte til dialogmøter, og har hatt en negativ erfaring på grunn av at de har møtt opp mens de har vært svært syke. Ose et al. (2013) hevder at når årsaken til sykmeldingen er kjent (som i tilfeller med kreft), og løpet er lagt for behandling, kan den standardiserte sykefraværsoppfølgingen langt på vei bli overflødig. Rapporten tok utgangspunkt i tidligere regelverk, hvor NAV krevde dialogmøter og utøvde økonomiske sanksjoner dersom dialogmøtene ikke ble gjennomført.

De negative opplevelsene de kreftrammede har av rutinene rundt dialogmøtene kan etter vårt skjønn tilskrives NAVs tidligere retningslinjer med sterkere forpliktelser til å stille på dialogmøter. De måttet delta på dialogmøter, til tross for at de sto midt oppe i en intensiv behandling og dødsangst.

De kreftrammede arbeidstakernes generelle vurderinger av NAVs rolle i forbindelse med sykdomsperioden er mer delte. Noen synes NAV-veilederne gjorde en god jobb og har ingen ting å utsette på dem. Andre opplever NAV som et rigid og regelstyrt system, uten evne til å ta individuelle hensyn. Flere uttrykker imidlertid et ønske om at NAV burde ha tydeligere rolle etter at de var fullt tilbake i jobb, fordi de slet med senvirkninger som gikk ut over arbeidskapasiteten.

Det er to ting som går igjen i mange av beskrivelsene av NAVs rolle. Det ene er en kritikk av måten NAV som system behandler og kommuniserer med sine brukere. Det andre er en positiv vurdering av de enkelte ansatte. Den negative opplevelsen av "systemet" er nært knyttet til språket i de skriftlige henvendelsene fra NAV. Inntrykket vårt er at informantenes irritasjon over brevene ofte handler om at de opplever at henvendelsene treffer feil i forhold til den situasjonen de befinner seg i. En informant trekker frem at ordlyden i standardbrevene til NAV gir uttrykk for en maktposisjonen, men har selv positive erfaringer med veileder i NAV:

Det er noe med tonen i brevene. Ordlyden har en ovenfra og ned holdning – et tydelig maktspråk. Men muntlig har de enkelte ansatte vært veldig bra.

Mange har hatt angst og redsel og brevene ble oppfattet som inhumane og fremmedgjørende. En annen kreftrammet forteller:

Jeg fikk et brev i posten om at de ikke hadde fått oppfølgingsplan. Det er noe med måten de formulerer brev på. Har jeg gjort noe straffbart eller? Jeg følte meg som en svindler. Jeg har aldri vært sykmeldt før. Opplevde ikke dette som fruktbart, hele greia er bortkasta. Når du er alvorlig syk må du få lov til å være syk.

Som flere andre kreftrammede vi har intervjuet, opplever informanten seg mistenkeliggjort. Mange som får kreft er midt i behandling når de mottar første innkalling til dialogmøte og har i den perioden mer enn nok med å håndtere en ny situasjon med sykdom. I den situasjonen kan det føles krenkende å bli bedt om å lage en plan for hvordan de skal komme tilbake i jobb når deres bekymring ligger i om de overlever eller ikke.

Som vi har vært inne på skal dialogmøtene være en arena hvor NAV-veiledere kan informere om tiltak og ordninger. En kreftrammet vi intervjuet var ikke klar over at gradert sykmelding ikke gjorde at sykepengeperioden ble forlenget:

NAV-ordningen er sær. Får et år selv om du jobber 40 prosent. Det visste jeg ikke. Jeg mener at man burde kunne strekke perioden. Det begynte å komme brev. Jeg oppfattet det som en provokasjon med AAP og omskolering. Etter 10 måneder fikk jeg brev om at AAP er veien videre om to måneder. Etter et antall uker skal det være møter med arbeidsgiver. Arbeidsgiver og jeg gjorde mye. Kjente for å tenne på brevet da det kom. Dette blir helt feil når du er i behandling og jobber mest mulig. Hva kan man gjøre? NAV burde heller takke for innsatsen og ikke klage om pengene.

Sitatet over illustrerer at personen ikke hadde tilstrekkelig med informasjon om sykepengereglene, noe som er uheldig for ham det gjelder. Hans erfaring viser hvor viktig det er at NAV-veiledere tar kontakt med arbeidsgiver og den sykmeldte og ber om dialogmøter. I en tidlig fase av sykdommen kan mange, men ikke alle, oppleve at de har nok med sykdommen. Det er imidlertid viktig at man har innsikt i regelverk som får store konsekvenser for økonomien etter året med sykmelding er over.

Informanten opplevde brevene fra NAV om sykefraværsoppfølging som provoserende og urettferdige, siden han hadde jobbet så mye som han kunne - også under behandlingen. Han har kun kommunisert med NAV via standard rapporteringsskjema. Dersom dialogmøtene hadde blitt avholdt, ville mannen trolig fått i informasjon om sykepengeregelverket.

Vi har to menn i vårt materiale som er selvstendig næringsdrivende. En av dem driver en liten bedrift sammen med en partner. Han forteller hvordan innkallingen til dialogmøter ble mottatt:

Dialogmøter – hva er det? Vi måtte lage en tilbakeføringsplan. Det måtte den andre karen gjøre. Det var bare rør. Passer ikke i det hele tatt. Han andre hadde jo nok med seg selv og sitt. Vi måtte bare finne på ting. Hva er vitsen med det? Det var helt håpløst, frem til jeg traff et individ i NAV. Jeg fikk tak i et menneske som tenkte selv, da gikk det greit.

Som vi ser dempes systemkritikken når arbeidstakerne får møte en person som kan bistå med støtte og forklare situasjonen. Brevene om stans av sykepenger tar ikke individuelle hensyn til diagnose og sykdommens alvorlighetsgrad. Om man er innlagt på et sykehus, og ikke kjenner forløp og prognose for sykdommen, kan rapporteringen oppleves som fremmedgjørende og umenneskelig. Mange av våre arbeidsgiverinformanter deler disse synspunktene.

8.4 NAV som samarbeidspartner i konflikter

De fleste arbeidsgiverinformantene mener bistand fra NAV og oppfølgingsregler for sykefravær er hensiktsmessig når det er snakk om diffuse lidelser og/eller konfliktsituasjoner, men ikke når det gjelder kreft:

Vi er IA- bedrift. Vi kjenner systemet godt, og gjør det de ber om for å slippe eventuelle sanksjoner. Nå er jo dette i endring med sanksjoner. Min erfaring på dette området er at dersom folk ramler utenfor på andre måter, så er det godt å ha et slikt system. Hvor det er mye sykefravær og ikke så lett å se hvorfor. Da er det fint at det finnes oppfølgingssystemer.

Arbeidsgiverne i vårt materiale er kjent med oppfølgingssystemene og følger rutiner for rapportering. I noen større bedrifter skjer samarbeidet med NAV og rapporteringen gjennom HR-/HMS-avdelinger. En informant fra HMS-avdelingen på et stort sykehus fortalte at det er sjelden det kommer saker fra avdelingsledere hvor kreftsykdom er en del av bildet. Avdelingen er som regel inne når lederne ber om bistand i konfliktsaker:

Kreft er jo i grunn enkelt. Det er så konkret. Det er lettere å forholde seg til enn lettere psykiske lidelser og/eller konflikt, for det kan jo være komplekse saker. Det kan være selvopplevd konflikt med leder. Når det gjelder kreft,

så er det ikke så mange problemer. Da blir det mer å undersøke hvordan arbeidstaker har det nå. Kan hun jobbe litt, være borte en stund for å komme tilbake igjen.

En leder mente også at oppfølgingen i regi av NAV er viktig, men ikke nødvendig når det gjelder kreftsyke:

Ved kreft er dialogmøtene rituelle. Vi fyller ut formalitetene slik at en er innenfor. Det har blitt mindre byråkratisk, og det er bra. Dersom vi har arbeidstakere som ønsker mer enn det vi klarer – da kan det være ok å ha NAV og lege tilstede og få aksept for at vi har strukket oss langt nok. I tilfeller hvor vi har utfordringer med oppfølgingen, så fungerer dette godt. Kanskje vi hadde vært slappere med oppfølgingen uten dette systemet, men oppfølgingen er rituell byråkratisk, men vi forstår jo at det er viktig.

Funn fra intervjuene med arbeidsgivere viser at NAV-ansatte ofte har godkjent at det ikke blir dialogmøter når arbeidstakeren er rammet av kreft. Ofte har det vært nok med en telefon fra nærmeste leder eller personalkonsulent. Mange arbeidsgivere mente de det siste årene har blitt en stor bedring i oppfølgingsregimet. Flere trakk frem at det er spesielt positivt at oppfølgingssystemet er blitt mindre byråkratisk.

Vårt inntrykk er at mange av lederne har hatt forholdsvis liten kontakt med NAV under sykefraværet. Flere er riktignok positive til det tilbudet som NAV har tilbudt de sykmeldte; blant annet rehabilitering og støttesamtaler. Men mange ser ikke helt hva NAV kan bidra med. Noe av forklaring kan være at NAV-veilederen i liten grad inkluderer arbeidsgiver i dialogen og de vurderinger som gjøres underveis. En leder ved et advokatfirma forteller:

Nei, NAV er viktigere med uklare sykdommer. Jeg har ikke inntrykk av at de ansatte med kreft har vært så mye i kontakt med NAV. (...) Men en av dem skal nå over i AAP. Hun er veldig fornøyd med NAV og har en fast person hun kan ringe til. Kanskje de følger bedre opp folk med kreft? Vi får refundert lønn fra NAV og trenger ikke å være i kontakt med NAV før AAP. Hun er eldre og er ikke så bekymret for inntekt.

NAV-veilederne jobber innenfor et regelstyrt system. I møte med enkeltbrukerne må veiledere bruke skjønn. Skal de kalle inn til dialogmøter med kreftrammede når både legen, arbeidsgiver og/eller den sykmeldte mener det er unødvendig?

En av NAV-veilederne vi snakket med fortalte at hun og andre kollegaer ikke ønsker å legge stein til byrden for alvorlig syke kreftpasienter. Hun ser at når det er kreft er det ofte lett å "avskrive" behovet for dialogmøter:

Ja. Vi gjør en vurdering og vi får en orientering rundt sju uker. Da er den sykmeldte kandidat for dialogmøte. Vi må ta stilling til om det trengs. Hvis arbeidsgiver, arbeidstaker og fastlege sier at det ikke er nødvendig, så dropper vi det.

NAV-veiledere kan oppleve konflikt mellom det brukernære arbeidet (hjelpereollen) og forvaltning av byråkratiet (kontrollrollen). Vår informant fra NAV sier at hun likevel har kalt inn personer som er til behandling for kreft til dialogmøte 2 etter 26 uker:

Da kommer de av plikt. Jeg har likevel fått tilbakemelding etterpå at de syntes det var veldig ok. Men det er ingen som før de kommer ser noe poeng i å møte oss. Jeg blir møtt med en holdning med at det ikke er nødvendig med dette møtet – at de tenker at vi ikke har respekt for at det er kreft. Noen sykmeldte sier jo dette rett ut. Pårørende kan bli sinte. Men vi har jo veldig mye viktig informasjon som de trenger, og ofte opplever de at det er nyttig. Jeg informerer, gir dem brosjyrer fra Kreftforeningen og forteller om hvilke tilbud de kan benytte seg av, som for eksempel Raskere tilbake for kreftrammede (NAV-veileder).

NAV-veiledere har en viktig rolle med å dele kunnskap og tilby rådgivning om tilrettelegging til sykmeldte og arbeidsgivere, samt gi informasjon om hvilke virkemidler/tiltak NAV tilbyr. Virkemidlene/tiltakene skal bidra til øke arbeidsgiveres handlingsrom for tilrettelegging og hindre frafall fra arbeidslivet.

Hensikten med dialogmøte 2 er å finne løsninger og legge til rette for en plan for tilbakeføring til arbeid eller andre tiltak. Arbeidsgiver skal holde oversikt over hvilke muligheter som finnes. En nøkkeltekst for ledere er veilederen *Forebygging og oppfølging – to sider av samme sak*, utarbeidet av Arbeidstilsynet, NAV og Petroliumstilsynet.⁴³

En arbeidsgiver var kritisk til at NAV hadde hatt en for passiv rolle i oppfølgingen av en kreftrammet i hans stab. Lederen mente at det hvis det er kreft så er man nær fristilt med tanke på dialogmøter, noe hun synes var synd fordi den kreftrammede hun hadde i staben opplagt hadde psykiske ettervirkninger og behov for samtalestøtte. Lederen stilte spørsmålet om kreftrammede kanskje ikke får like godt tilbud om rehabilitering gjennom NAV som personer som for eksempel er sykmeldt for lettere psykiske lidelser.

Arbeidsgiveren reiser et viktig spørsmål om hva som skal være NAVs rolle ved kreftsykdom. Vi vet at kreftpasienter ofte har ettervirkninger i form av psykiske utfordringer og muskel- og skjelettplager. Fafo-rapporten om kreftrammede og levekår fra 2008 viste at kreftrammede etterlyser rehabiliteringstilbud og bedre tilrettelegging på arbeidsplassen, og at de ikke alltid er fornøyd med den hjelpen de har fått fra NAV (Fløtten et al., 2008). Stenger kreftdiagnosen i seg selv for tilbud om rehabilitering som andre pasientgrupper får? Er NAV-veiledere for forsiktige når de ser at den sykmeldte har kreft? Vi skal i det følgende se på arbeidsgiveres erfaringer med de ulike forebyggings- og tilretteleggingstilbudene innenfor NAV-systemet.

8.5 Bruk av NAVs virkemidler/tiltak ved sykefravær

I meldeskjema til NAV i forbindelse med oppfølgingsplanen kan arbeidsgiver og arbeidstaker krysse av for om de ønsker arbeidsrettede tiltak/virkemidler/hjelpemidler. I regelverket kan det gjøres unntak for oppfølgingsplanen dersom "det

⁴³ Veileder for arbeidsgivere hentet fra: <http://www.ks-bedrift.no/PageFiles/1648/Forebygging.pdf> Hentedato 26.5.2015.

åpenbart er unødvendig".⁴⁴ Vi finner at mange arbeidsgiverne vurderer det som unødvendig med tiltak og planer fordi kreft er en alvorlig sykdom som en forventer vil medføre et langt sykefravær.

IA-virksomheter kan søke om tilretteleggingstilskudd fra NAV.⁴⁵ Under intervjuene stilte vi arbeidsgiverne spørsmål om de hadde søkt om dette, og om de hadde tatt kontakt med arbeidslivssenteret i tilfeller hvor den ansatte var sykmeldt på grunn av kreftsykdom. Svært få av lederne vi intervjuet hadde tenkt at dette var aktuelt for kreftrammede. Det gjaldt selv på sykehjemmene, hvor vi antok at de hadde erfaringer med å samarbeide med arbeidslivssentrene. Vi har imidlertid et begrenset materiale, og kan ikke si om dette gjelder generelt i helse- og omsorgssektoren.

Majoriteten av arbeidsgivere i vårt materiale kjente heller ikke til tilskuddsordningene. Vi finner imidlertid en tendens til at bedrifter innenfor caset "manuelle yrker" har mer kunnskap om tilretteleggingstilskudd enn de andre. Det kan handle om at de fysiske belastningene er større i bransjer som helse- og omsorg og transport/lager og butikk, og at lederne der i større grad søker om tilretteleggingstilskudd for ansatte med belastningslidelser, og derfor er kjent med det. Det er også mer utbredt å søke om tilretteleggingstilskudd i deler av offentlig sektor som i utgangspunktet er underbemannet eller har utfordringer med sykefravær (Lippestad og Ose, 2013).

Som vi så i forrige kapittel hadde en transport/lager-bedrift gjennomført en rekke tiltak for å redusere sykefraværet, og de var en av svært få arbeidsgivere som faktisk benyttet tilretteleggingstilskudd når ansatte hadde kreftsykdom.

Private bedrifter ordner opp selv

I intervjuene finner vi mange eksempler på at staben har avlastet flere av de rutinemessige arbeidsoppgavene til vedkommende som er sykmeldt for kreft. Når vi spør om de har kontaktet NAV om tilskudd for å dekke opp merarbeidet, svarer en av lederne følgende:

Vi klarte oss selv. Vi hadde en standardsamtale med NAV, men ellers så bad vi ikke om noe hjelp. Det var jo ikke snakk om noe hjelpemidler eller noe. Vi er en grei arbeidsgiver å ha med å gjøre. Det var greit når vi kunne kommunisere med den som var syk.

Flere arbeidsgivere forteller at de ordner opp selv med tilrettelegging og dialogmøter med den ansatte. Selv om de ikke ser behovet for NAV har de likevel ofte hatt en svært tett oppfølging av den ansatte. En årsak til at de ikke opplever behovet for NAVs bistand det første året i sykdomsperioden kan være at det er en god relasjon mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Et annet argument som går igjen er at behandlingen og forløpet er gitt – dette tar et år. I en sak med en stipendiat som var sykmeldt for kreft i ett år og som senere fikk AAP, ble det ifølge personalkonsulenten ikke stort de kunne gjøre med hensyn til tilrettelegging:

⁴⁴ Sitat fra Arbeidstilsynets brosjyre for arbeidsgivere, Tilrettelegging for og oppfølging av sykmeldte arbeidstakere. Hentet fra: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78249/> Hentedato 27.5.2015.

⁴⁵ Se oversikten i kapittel 3

Jeg undersøkte ikke hva vi kunne få inn i støtte. Her var det ikke snakk om det fordi hun var så syk. Vi har hatt noen få dialogmøter opp gjennom her, men ikke i de tilfellene med kreft. Det ble sendt et brev til oppfølgingsskrivet at man i utgangspunktet ikke trengte dette fordi hun var i en sykdomstilstand hvor arbeidsgiver ikke kunne gjøre så mye for å tilrettelegge for økt aktivitet. Vi så ikke behovet for dialogmøter med en så syk person. Arbeidsgiver kunne ikke tilrettelegge så mye fordi det var et prosjekt som kun hun kunne arbeide på. Det var bare hun som kunne gjøre jobben med å kvalifisere seg til doktorgraden.

En annen leder viser til at verken NAV eller fastlegen var aktuelle aktører i hennes arbeid med å tilrettelegge for den kreftrammede ansatte:

Vi gjennomfører det som vi er pålagt av NAV. Det hadde ikke så mye for seg. Det var jo ikke så mye å diskutere. Slik sett er kreft en grei diagnose å forholde seg til. Ikke noe behov for å ta kontakt med fastlegen. Vi laget en oppfølgingsplan, men vi ville klart oss like greit uten. Det hadde ingen innvirkning på tilretteleggingen.

I tilfellet over var den kreftrammede en saksbehandler hvor det ifølge lederen var lett å overlate merarbeidet til en vikar når vedkommende var sykmeldt. I en periode var det kollegaer, og ikke vikar, som overtok arbeidsoppgavene.

Et gjennomgående tema i arbeidsgiverintervjuene er nettopp at lederen overlater arbeidsoppgaver til kollegaer eller tar ansvaret selv, men det er sjelden at noen søker om kompensasjon for merarbeidet i form av de tilskuddsordningene som faktisk finnes i NAV-systemet. En forklaring på at ledere ikke har satt inn vikar kan være at de ikke har villet "avskrive" den syke og/eller at den syke selv ikke har visst hvordan sykdomsforløpet arter seg.

Uforutsigbarheten med hensyn til lengden på sykmeldingen er også en viktig faktor som mange trekker frem som grunn til at de ikke har satt inn vikar for den som er helt eller delvis sykmeldt.

Intervjuene med arbeidstakere og arbeidsgivere viser at mange ansatte har benyttet oppsparte feriedager for å tilpasse en gradvis tilbakekomst når sykepengedagene er over. Både arbeidsgiver og arbeidstaker kan oppleve at sykepengeperioden kan bli for knapp. Som vi var inne på tidligere går en del kreftpasienter til behandling i over ett år. Noen er ikke restituert etter sykeperioden og trenger mer tid. En av redaktørene forteller om en ansatt som tok seg fri til å hvile en dag i uken når han var 100 prosent friskmeldt:

Han hadde en del ferie oppspart, som gjorde at han fikk fri hver mandag frem til jul. Han jobbet da fire dagers uke og fikk langhelg hver uke. Litt mer overkommelig for ham å starte rolig. Siden han hadde så mye ferie til gode han kunne ta ut, så gav det en mer fleksibel overgang.

Dette er ikke det eneste eksempelet på at arbeidstakere benytter feriedager til å gjøre overgangen til arbeidslivet lettere. Funnene antyder at sykepengeperioden er for kort for en del kreftrammede. Som vi har sett i kapitlet om arbeidstakers erfaringer har mange vært dårlige da de kom tilbake i arbeid. Noen arbeidsgivere er tydelige på at de i lang tid etter at arbeidstakeren kom tilbake ikke kunne forvente full arbeidsinnsats. Vi skal nå se nærmere på situasjoner hvor arbeidsgivere etterlyser støtte og hjelp fra NAV før vi diskuterer hva NAV kan bidra mer av i møte med arbeidstakere med kreft og deres arbeidsgivere.

8.6 NAVs inntektssikring når sykepengeperioden er over

Vi har sett at stor andel kreftpasienter går gjennom behandlinger som varer mer enn ett år. For den største pasientgruppen i arbeidsfør alder, brystkreftpasienter, er det relativt vanlig med behandling ut over ett år. Ofte benyttes kombinasjoner av ulike behandlinger (kjemoterapi, operasjon og stråling). Mange kreftrammede har seneffekter som bidrar til at de har redusert kapasitet i lang tid etter at sykelønnen har gått ut. Mange pasienter vet ikke hvordan de vil reagere på behandlingen, og løpet kan bli annerledes enn det de tror eller blir forespeilet. Dette er spesielt for kreftrammede.

Intervjuene med arbeidsgivere har vist at mange klarer å overta arbeidsoppgaver og/eller tilrettelegge for kreftrammede arbeidstakere både på kort og lang sikt. Flere arbeidsgivere som har hatt ansatte med et langt sykdomsforløp etterlyser imidlertid mer støtte fra NAV etter det første året med sykepenger. En av lederne innen konsulent/salg forteller:

NAV var veldig samarbeidsvillig helt til sykepengeperioden gikk ut. Så ble det veldig vanskelig. Vedkommende hos oss er kritisk syk. Vi ønsker jo å ansette en ny. (...) dersom vi sier ham opp mister han helseforsikringen han har hos oss (leder/konsulent/salg 1).

Lederen beskriver en situasjon som ikke er enestående for kreftrammede, men også for andre arbeidsgivere med langtidssykmeldte i staben. Det er imidlertid spesielt vanskelig for en arbeidsgiver å gå til det skrittet å si opp en arbeidstaker som kan dø av sykdommen.

For enkelte ledere ble det en stor påkjenning å stå ovenfor et valg om å si opp en medarbeider som hadde vært fraværende i mange år på grunn av uhelbredelig kreft. Ingen av dem valgte å si opp den som var kreftsyk selv om behovet for å ansette en ny i vedkommendes stilling var stort. Noen arbeidsgivere opplever at de har blitt sittende igjen med et stort ansvar for kritisk syke arbeidstakere. De opplever et etisk dilemma og etterlyser hjelp fra det offentlige.

Som vi var inne på i forrige kapittel er det tendenser til at kreftrammede kommer tilbake før lederne mener de er friske nok til å beherske oppgavene. Det oppstår et dilemma når den kreftrammede vil jobbe uten helt å innse sine begrensninger. En leder fikk problemer fordi den ansatte insisterte på å jobbe mer enn det som var forsvarlig ut fra sykdomsbildet og lederens vurderinger av kapasiteten:

Vi har ikke hatt problemer med NAV. Det har fungert greit. Vi hadde en samtale med NAV om en ansatt som gikk på og av i mange år og som ville jobbe mer enn det vi vurderte var forsvarlig. Det var nok økonomien som drev, men ikke bare det. Han hadde en sterk identitet knyttet til det å være forsker. Det var ikke NAV som var problemet der, det var jo i grunn fastlegen og pasienten selv. Vi hadde jo et totalbilde med å dekke opp jobben blant annet. Det kunne ikke NAV hjelpe oss med (Instituttleder 2, universitet).

Som vi ser opplevde instituttlederen en mangel på forståelse og støtte fra NAV og fastlegen for å håndtere en krevende situasjon. Historien illustrerer at det ikke bare den sykmeldtes ønsker og behov kan tillegges vekt: Også konsekvenser og

belastningen på arbeidsgiver og arbeidsplassen – ikke minst når situasjonen streker seg over flere år.

En HR-leder i en butikkjede forteller på den annen side at hun ønsker å få de kreftrammede tilbake så raskt som mulig. Da har ikke NAV eller fastlegen kunnet gi dem støtte. HR-lederen forteller om dilemma med hensyn til hvordan de skal håndtere arbeidsforholdet:

Vi oppfordrer også om å ha en samtale etter ett år. Da sier NAV at det er opp til oss å vurdere hva en gjør med arbeidsforholdet. Der melder NAV seg helt ut – ingen bistand fra dem. Dette blir jo en blanding av den medmenneske biten og den juridiske. Skal vi tenke rent driftsmessig så er vi avhengig av å ha folk på plass, men vi har mennesker som er satt i en livskrise, en uskreven politikk så lar vi det gå to år før vi fatter en beslutning. Vi venter så langt vi klarer fordi vi ser at det tar lang tid å komme tilbake.

Hun ser at lederne balanserer mellom oppfølging, omsorg og press når butikkansatte er sykmeldt for kreft. Yrkene innebærer fysiske belastninger, og det kan være lite handlingsrom for omplassering og tilrettelegging i egen stilling. HR-lederen trekker frem en lignende problemstilling som instituttlederen over var inne på. Når kreftrammede har ettervirkninger i år etter behandlingen og som de ikke finner svar på, opplever de ikke lenger NAV som en støttespiller.

8.7 Hvordan NAV kan støtte kreftrammede arbeidstaker og deres arbeidsgivere

Som vi har sett oppfatter mange arbeidsgivere NAV som gode å ha dersom de opplever at ansatte ikke vil tilbake, eller kommunikasjonen mellom leder og ansatt er vanskelig. Våre arbeidsgiverinformanter har ikke erfaringer med kreftrammede som ikke vil tilbake i jobb. Snarere tvert imot, de ansatte har ofte kommet tilbake før de har vært friske nok ut fra arbeidsleders vurderinger.

Mange arbeidsgivere er bekymret for helsa og arbeidskapasiteten til den ansatte som kommer tilbake under eller etter behandling for kreftsykdom. Om det ikke har vært kontakt mellom lederen og den sykmeldte i løpet av hele sykepengeperioden, sitter leder igjen med mange spørsmål som kan ha betydning for planlegging og tilrettelegging i en innfasing av den sykmeldte.

En tilbakemelding vi har fått fra mange kreftrammede arbeidstakere er at den viktigste forutsetningen for at de kom tilbake i jobb var at de kunne komme og gå i perioder. Dersom arbeidsgivere gjennomfører dialogmøter med både NAV-veileder og lege tilstede kan dette være en måte å sikre en god innfasing til arbeidslivet under og etter kreftsykdom og behandling.

Dialogmøtene kan i konfliktsituasjoner fungere som en buffer, og NAV-veiledere kan bistå i arbeidet med å løse eventuelle misforståelser eller konflikt mellom partene. NAV-veiledere har en viktig hjelperolle og skal informere partene om tilrettelegginger og ordninger som skal komme brukeren og arbeidsgiver til gode. Ut fra tilbakemeldinger fra arbeidsgivere og kreftrammede arbeidstakere er det grunn til å stille spørsmål om NAV kan bistå mer i tilfeller hvor den sykmeldte har kreft.

Som vi så i kapittel 6 har noen virksomheter så store krav til lønnsomhet at det blir en risiko for selskapet når ansatte ikke mestrer arbeidsoppgavene fullt ut. Flere ledere innenfor frie yrker/konsulent har løst lønnsomhetsdilemmaet ved at de selv eller kollegaer har overtatt ansvarsområder og kundeportefølje. Slike interne løsninger får man av økonomiske og praktiske årsaker ikke til i deler av offentlig sektor.

I barnehager og på sykehjem arbeider en i team, en er gjerne presset på ressurser, og barn og eldre har krav på et visst antall ansatte på hver avdeling. Dette er den virkeligheten lederne innenfor disse to sektorene må forholde seg til. Det er ikke nødvendigvis alltid samsvar mellom de hensyn en leder må ta og det NAV-veilederne synes er en god løsning for den kreftrammede. NAV-veiledere kan i dialogmøter få innsikt og forståelse for bedriftenes rammebetingelser, og ulike hensyn og dilemma som kan begrense lederes handlingsrom.

NAV-veiledere har ofte lang erfaring med oppfølging av sykmeldte. Dialogmøter med NAV-veileder tilstede kan være en arena for å utveksle erfaringer og kunnskap om muligheter og råd for å overkomme barrierer for tilrettelegging. Arbeidsgivere kan også få verdifull informasjon i dialogmøter, som kan bidra til at de kan forberede seg på hvilke forebyggings- og tilretteleggingstilskudd de kan søke. De har erfaringer med mange sykmeldte og skal tilby arbeidsgivere og sykmeldte tilpasset rådgivning om partenes rettigheter og muligheter.

Sintefs studie om oppfølging av sykmeldte (Ose et al., 2013) ble utført før den nåværende IA-avtalen ble satt i verk. Som vi har vært inne på tidligere, viste denne studien at i tilfeller med sykdom som har tydelige diagnoser og behandlingsforløp, og hvor det er åpenhet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, kan dialogmøtene oppleves som overflødige. Våre intervjuer kan imidlertid tyde på at kreftdiagnosen i seg selv utelukker dialogmøter, og ikke nødvendigvis sykdommens alvorlighetsgrad og behandlingsforløp.

Intervjuene med NAV-ansatte og ressurspersoner innenfor rehabiliteringstilbud for kreftrammede bekrefter vårt inntrykk av at NAV-ansatte i liten grad er på banen når det er snakk om en kreftdiagnose. Vi ser at kreftsykdom kan være vanskelig å håndtere for NAV-veiledere. Det er trolig flere NAV-veiledere som synes det er komplisert å presse dialogmøter på en med en livstruende diagnose.

Fagpersoner vi har intervjuet fra rehabiliteringsfeltet, som daglig er i kontakt med kreftrammede arbeidstakere, ser en tendens til at NAV-veiledere ikke tar kontakt og at dialogmøtene avlyses. Ifølge rådgivere på Raskere tilbake ved Radiumhospitalet har kreftrammede ofte begrenset kontakt med NAV.

For noen av de kreftrammede vi intervjuet kom overgangen til AAP brått på. Noen informanter visste ikke at sykepengeperioden er ett år uavhengig om man har gradert sykmelding eller 100 prosent sykmelding. Arbeidsgivere som har erfaringer med kreftrammede som har vært til og fra arbeid i mange år etterlyser NAV når sykepengeperioden er over. Kanskje kunne noen utfordringer for begge grupper vært unngått om kontakten med NAV hadde vært etablert på et tidligere tidspunkt?

Som tidligere nevnt har studier av kreftrammede og levekår vist at mange etterlyser hjelp og støtte fra det offentlige hjelpeapparatet (Fløtten et al., 2008). Ifølge Kreftforeningen er det relativt sjelden at arbeidsgivere kontakter dem for å

få råd om kreftrammede arbeidstakere.⁴⁶ Våre funn tyder på at kreftrammede ofte går glipp av verdifull informasjon og tilbud fordi de møter NAV-veiledere på et for sent tidspunkt, og eventuelt ikke før sykepengeperioden er over.

Det er den ansatte som har hovedansvaret for å følge opp sin situasjon med NAV; gjennom besøk hos fastlegen – som gir lager sykmeldingen – og eventuell dialog direkte med NAV-veileder. Arbeidsgiver har i utgangspunktet en «perifer» rolle, med mindre noen av aktørene trekker dem inn.

8.8 Utnytte eksisterende virkemidler og tiltak

Få arbeidsgivere i vårt materiale søker om forebyggings- og tilretteleggings-tilskudd som de kan ha krav på. Som vi har vært inne på, finnes unntak, men vårt inntrykk er at kreftsykdom av ulike grunner bidrar til at arbeidsgivere ikke benytter statlige ordninger som kan komme ansatte og bedriften til gode.

Noen arbeidsgivere gav oss tilbakemelding om at NAV-veiledere ikke forstår hvilke begrensninger de kan ha for å tilrettelegge slik NAVs anbefalinger tilsier. Det kan for eksempel handle om krav om lønnsomhet og effektivitet i bedriften, og det kan handle om tredjepartshensyn som for eksempel hensyn til barnehagebarna som vi beskrev i forrige kapittel.

Arbeidslivssentre kan bistå med rådgivning og koordinering av bistand fra NAV, men ingen av våre arbeidsgivere har benyttet sentrene når ansatte har kreft. Her ser vi et uutnyttet potensiale i trekantsamarbeidet mellom arbeidsgivere, arbeidstakere og NAV-veiledere. Forskerne bak evalueringen av tilretteleggings-tilskuddet antyder at tilskuddet trolig er særlig viktig for de virksomhetene som har trang økonomi og at private bedrifter i liten grad nyttiggjør seg av ordningen (Lippestad og Ose, 2013).⁴⁷

Fastlege eller bedriftslege kan være nøkkelpersoner i arbeidet med å øke forståelsen blant arbeidsgivere for hvilke behov for tilrettelegging og tilpasninger kreftrammede arbeidstakere kan ha. Vi har i liten grad belyst arbeidsgivere og arbeidstakeres samarbeid med fastlegens og bedriftshelsetjenesten i denne studien.

8.9 Oppsummering

Som dette kapitlet har vist er det en gjennomgående tilbakemelding fra arbeidsgivere at det ikke er ved kreftsykdom behovet for innspill og støtte fra NAV er størst. De færreste ledere og arbeidstakere har gjennomført dialogmøter i sykefraværperioden. Selv om arbeidsgiverne følger opp rapporteringen til NAV

⁴⁶ Informasjon gitt av Kreftlinjen i 2015 viser at under 200 av ca 11.000 henvendelser kommer fra arbeidsgivere.

⁴⁷ Evalueringen av tilskuddsordningen viste at offentlig sektor mottar to av tre tilskuddskroner til tross for at 70 prosent av den norske arbeidsstyrken jobber i privat sektor (Lippestad og Ose, 2013).

”etter boka”, så omtales dette arbeidet mer som et pliktløp enn at tilbakemeldingene er viktige for den ansatte eller lederen.

De kreftrammede arbeidstakerne som hadde en vanskelig relasjon til arbeidsgiver og/eller hvor arbeidsgiver ikke hadde vist forståelse for helsetilstanden var også de informantene som ytret størst behov for dialogmøter med NAV tilstede. NAV-veileder kan dermed være en konfliktløser.

Mange arbeidsgivere har gitt oss tilbakemelding om at regimet for sykefraværsoppfølgingen ikke passer så godt for kreftrammede fordi behandlingen og restitueringen ofte tar mer enn ett år, og sykdommen går i bølger. Majoriteten av arbeidsgiverne i vårt utvalg mener at de og arbeidstaker kan holde kontakt selv i en tidlig fase uten å involvere NAV i formelle møter. Både arbeidstakere og arbeidsgivere mener at tidspunktene for dialogmøtene fungerer dårlig med hensyn til behandlingsløpene for kreft.

Arbeidstakerne og arbeidsgiverne som er kritiske til NAV, retter sin kritikk mot systemet, ikke mot den enkelte NAV-veileder. Selv om de fleste arbeidsgivere i vår studie ikke helt ser behovet for NAV i situasjoner hvor ansatte er sykmeldt for kreft, melder enkelte et behov for støtte fra NAV eller andre offentlige instanser når sykepengeperioden går ut.

Internasjonal forskning har vist at en stor andel av kreftrammede vil ha behov for tilrettelegging i lang tid etter behandlingen er fullført. Våre intervjuer med kreftrammede arbeidstakere viser at en relativt stor andel har hatt utfordringer med arbeidsevnen i flere år etter diagnosen. Mange sliter med kroniske ettervirkninger. Den enkeltes behov for tilrettelegging og oppfølging vil variere med hvilket behandlingsløp man går igjennom og ettervirkninger en opplever. De fleste av arbeidsgiverne i vårt materiale har eller har hatt ansatte som har gått i mange år med nedsatt kapasitet som følge av senskader av kreftsykdom og behandling.

Sykepengeordningen kan bidra til at en del kreftrammede kommer tilbake delvis eller for fullt før de mestrer arbeidsoppgavene. En generell tendens vi finner i vår intervjustudie er at arbeidsgiverne er bekymret for om den kreftrammede klarer arbeidsoppgavene når han eller hun kommer tilbake en full stilling eller i gradert sykmelding. Bekymringen fra arbeidsgiveres side ligger også i om den kreftrammedes helse er sterk nok til å mestre arbeidshverdagen.

Vi har også fått innsikt i at enkelte bransjer, som for eksempel barnehage og mediebransjen og utdanningssektoren, har opplevd at NAV har hatt lite forståelse for de begrensningene de opplever med hensyn til hvilket handlingsrom de faktisk har for tilrettelegging. Her er tredjepartshensyn en viktig faktor.

For kreftrammede kan retur til arbeidslivet og grad av arbeidsførhet ha sammenheng med hvilke seneffekter vedkommende får etter at behandlingen er avsluttet. Mange kreftpasienter er også sykmeldt under behandling. Noen har også vært sykmeldt før kreftdiagnosen er stilt. Har man vært sykmeldt i ett år, opphører retten til sykepenger, uavhengig om man har hatt hel eller gradert sykmelding.

Grupper som trenger langvarig behandling må dermed over på andre typer ytelser. Fafo-studien viste også at systemet har lagt mer press på de kreftrammede enn de klarer å håndtere. I rapporten stiller forskerne spørsmål om det kan ha en forebyggende effekt å gi den enkelte mer tid på gradvis å nærme seg arbeidslivet igjen (Fløtten et al., 2008: 54). Våre funn antyder at det kan ha en

forebyggende effekt å gi grupper av kreftrammede mer tid på å komme tilbake i arbeid.

Våre intervjuer med ressurspersoner i feltet bekrefter tendensen til at kreftpasienter kjemper seg tilbake til arbeidslivet før sykepengeperioden er over. En av våre arbeidsgiverinformanter sa det så dramatisk som at en del av deres ansatte setter pengene foran helsa. Det kan få store konsekvenser for den som er rammet av langtidsvirkninger av sykdom, og for deres arbeidsgivere. Ikke alle kreftrammede har seniordager eller feriedager han eller hun kan benytte for å tilrettelegge på egenhånd ut fra kapasitet og helse.

Litteraturliste

- Andersen, Svein S. (1997). Case-studier og generalisering: forskningsstrategi og design. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bouknight, R, Bradley , C.J. & Lou, Z. (2006) Correlates of Return to Work for Breast Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology*, volume 24, no. 3, pp 345–53.
- de Boer A.G., Verbeek, J.H., Spelten, E.R., Uitterhoeve, A.L., Ansink, A.C., de Reijke, T.M., et al. (2008) Work ability and return-to- work in cancer patients. *Br Journal Cancer*, 98 (8): pp 1342–7.
- de Boer, A.G. & Frings-Dresen, M.H. (2009) Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occup Med*, 59 (6): pp 378–80.
- Cancer in Norway 2012. Kreftregisteret 2014. Hentet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2012/> Hentedato: 31.8.2015.
- Chirikos, T.N., Russell-Jacobs, A. & Cantor, A.B. (2002) Indirect economic effects of long-term breast cancer survival. *Cancer Pract*, (10): pp 248-55.
- Fiva, J.H., Hægeland, T., Rønning, M., & Syse, A. (2013) Access to treatment and education inequalities in cancer survival. Statistics Norway (SSB). Discussion paper no. 735.
- Fløtten, Tone, Steffen Torp, Hanne Kavli, Roy Nielsen, Jonn Syse, Arne Backer Grønningsæter og Karin Gustavsen Kreftrammedes levekår - Om arbeid, økonomi, rehabilitering og sosial støtte Fafo-rapport 2008:47
- Fosså, S.D., Loge, J.H. og Dahl, A.A., (red.) (2009) Kreftoverlevende: ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ghaderi, S., Engeland, A., Moster, D., Ruus, E., Syse, A., Wesenberg, F., & Bjørge, T. (2013) Increased uptake of social security benefits among long-term survivors of cancer in childhood, adolescence and young adulthood: a Norwegian population-based cohort study. *British Journal of Cancer* Vol 108, pp 1525-1533-
- Grimsmo, A., & Heen, H. (2013) Journalistundersøkelsen 2012. AFI-FoU rapport.
- Gudbergsson, S.B., & Dahl, A.A. (2009) Hvordan greier kreftpasienter seg i arbeidslivet? *Tidsskr Nor Laegeforen* (129), s. 1116-7.
- Gudbergsson SB, Fossa SD, Borgeraas E, Dahl AA. (2006). A comparative study of living conditions in cancer patients who have returned to work after curative treatment. *Support Care Cancer*; 14:1020–9.*
- Gudbergsson S., B., A. Torp S., , Fløtten T., Fosså, D. S., Nielsen R. & Dahl A. A. (2011) A comparative study of cancer patients with short and long sick-leave after primary treatment. *Acta Oncol*, Apr;50(3):381-9.
- Gudbergsson, S.B., Fossa, S.D., Lindbohm, M,L, & Dahl, A.A. (2008) Received and needed social support at the workplace in Norwegian and Finnish stage 1 breast cancer survivors: a study from the Nordic Study Group of Cancer and Work (NOCWO). *Acta Oncol*;1–9. B
- Gupta, S., Wilejto, M., Pole, J. D., Guttman, A., & Sung, L. (2014). Low

Socioeconomic Status Is Associated with Worse Survival in Children with Cancer: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 9(2), e89482. doi:10.1371/journal.pone.0089482

Helsedirektoratet (2010) Oppfølging av kreftoverlevende med særlig fokus på seneffekter: innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Hentet fra: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/737510/Rapport_fra_arbeids_340659 Hentedato: 20.5.2015.

Helsedirektoratet (2012) Rehabiliteringstilbudet til pasienter med kreft. Kartlegging og anbefalinger. Rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013) Sammen – mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017.

Helsedirektoratet (2013) Fagrapport. Status, utviklingstrekk og utfordringer på kreftområdet. Helsedirektoratets innspill til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017.

Johansen, V. F., Andrews, T. M. og Haukanes, H. (2009) Når det intime blir offentlig. Kvinners erfaringer med åpenhet om brystkreft. *Nordisk tidsskrift for helseforskning* (5) 2-17.

Johnsson, A., Fornander, T., Olsson, M. N., Johansson, H., & Rutquist, L.E. (2007). Factors associated with return to work after breast cancer treatment. *Acta Oncologica*; 46(1): pp 90-96.

Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, et al. (2001) The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med*; 43: pp 218–25.

Kennedy F., Haslam C., & Pryce J. (2007) Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European Journal of Cancer Care* (16), pp 17-25.

Knobel, H. (2008) Fatigue in cancer treatment – assessment, course and etiology. Phd. avhandling. Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Det medisinske Fakultet, Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, Trondheim.

Kravdal, Ø.. (1999) Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. *Tidsskrift Nor Laegeforen* (119), s. 1577–83. □

Larsen, I.K., (red.) (2011). Cancer in Norway 2011: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2013.

Hentet fra:

http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2011/cin2011_wit_h_special_issue-NORDCAN.pdf. Hentedato: 16.3.2015.

Lindbohm, M.M., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K. Gudbergsson, S. & Gunnarsdottir, H. (2011) Cancer as the cause of changes in work situation (a NOVVO study). *Psychooncology*: 20(): pp 805-12.

Lindbohm, M.M., Kuosma, E., Taskila, T., Hietanen, P., Carlsen, K. Gudbergsson, S. & Gunnarsdottir, H. (2014) Early retirement and non-employment after breast cancer. *Psychooncology*; 23 (6): pp 634-41.

Lippestad, J.W. og Ose. S. O. (2013) Evaluering av tilretteleggingstilskudd.

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

Loge J.H., Fosså S.D., & Dahl A.A. (2013) *Kreftoverlevende*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mehnert A. (2010). Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol*, Vol 77 (2) pp 109-130.

Oeffinger, K.C., Mertens, A.C., Sklar, C.A., Kawashima T, Hudson, M.M., Meadows AT, et al. (2006) Chronic health conditions in adult survivors of childhood cancer. *The New England Journal of Medicine*. 355 (15):1572-82.

Ose, S., Dyrstad, K., Brattlid, I. Slettebakk, R. Jensberg, H. Mandal, R. Lippestad, J. & Pettersen, I. (2013) Oppfølging av sykmeldte – fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner. Rapport nr. A24297. Oslo: Sintef.

Saltyt Benth, J., Dahl, F. A., Lurås, H., & Dahl, A. A. (2014). A controlled study of income development for breast cancer survivors in Norway. *Journal of Cancer Survivorship*, 8(2), pp 239-47.

Syse, A., Lyngstad, T. H. & Kravdal, Ø. (2012). Is mortality after childhood cancer dependent on social or economic resources of parents? A population-based study. *Int J Cancer*. April (15); 130(8): pp 1870–1878.

Syse, A., Tretli, S., & Kravdal, O. (2008). Cancer's impact on employment and earnings a population-based study from Norway. I *Journal of Cancer Survivors*; 2: pp149–58.

Syse, A., Tretli, S. & Kravdal, Ø. (2009), The impact of cancer on spouses' labor earnings. *Cancer*, 115: 4350–4361.

Taskila T, Lindbohm ML, Martikainen R, Lehto US, Hakanen J, & Hietanen P. (2006) Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. *Support Care Cancer*, 14, pp 427-35.

Taskila T, Lindbohm ML. (2007) Factors affecting cancer survivors' employment and work ability. *Acta Oncol*, 46 (4), pp 446–51

Torp, S., Gudbergsson, S.B., Dahl, A., Fosså, S., D. & Fløtten, T. (2011). Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*; 39 (6): 33-42.

Torp, S., Nielsen, R. A., Gudbergsson, S., Fosså, S.,D., & Dahl, A. A. (2012). Sick leave patterns among 5-year cancer survivors: A registry-based retrospective cohort study. *Journal of Cancer Survivorship*, 6(3), pp 315-23.

Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. London: SAGE.

Stake, R. E. (2005). Qualitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE handbook of qualitative research* (3rd ed.) (pp 443–466). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Wieviorka, M. (1992). Case studies: History or sociology? I C. C. Ragin & Becker, H.S. (Eds.), *What is a case? Exploring the foundations of social inquiry* (pp. 159–172). New York, NY: Cambridge University Press.