

MASTEROPPGAVE

«Å trå i samme bed»

– en studie om samhandling mellom NAV, leger og arbeidsgivere i arbeidet med oppfølging av sykmeldte

Wenche Simensen Løwe

1. mai 2019

Master i Organisasjon og ledelse
Avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag



Forord

Jeg er nå ved veis ende i studenttilværelsen. Det har vært fire krevende år, men også lærerike, interessante og morsomme år. Læringskurven har vært bratt, og jeg har mange å takke for at dette har latt seg gjennomføre.

Først og fremst en stor takk til min arbeidsplass som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre studiet. Takk til min leder, mine lederkolleger og alle mine medarbeidere. Takk for all interessen dere har vist for denne studien, for gode diskusjoner og for gode tips og råd. En spesiell takk til alle i Arbeidsgiveravdelingen som har holdt ut med en periodevis fraværende leder.

Takk til mann og barn som har stilt opp som renholdere, kokker og hundeluffere, og som har godtatt at stua har vært omgjort til et bibliotek i store deler av studietiden. Dere er gull verdt.

Takk til Høgskolen i Østfold som har stilt opp med gode forelesere og lagt til rette for et godt studiemiljø, og takk til alle medstudenter for gode og interessante diskusjoner.

En veldig stor takk til min studieveileder Jo Ese for alle gode råd og innspill. Det har vært en glede å samarbeide med deg. Ditt engasjement og din positivitet har bidratt til at jeg hele tiden har hatt tro på meg selv og prosjektet.

Takk til alle som har bidratt med å skaffe respondenter til denne undersøkelsen, og ikke minst takk til alle dere som har stilt opp som respondenter.

Dere har alle bidratt på hver deres måte slik at det har vært mulig for meg å gjennomføre dette studiet. Denne avhandlingen hadde ikke blitt til uten dere.

Halden 1.mai 2019

Wenche Simensen Løwe

Sammendrag

Internasjonal forskning viser at det finnes noen barrierer i samhandlingen mellom aktører som jobber med sykefraværsoppfølging, og at disse barrierene kan bidra til å forlenge et sykefravær. Denne studien forsøker å belyse hvordan aktører som jobber med sykefraværsoppfølging i Norge opplever samhandlingen, og om det også her kan avdekkes noen barrierer i samhandlingen som kan være til hinder for en effektiv rehabiliteringsprosess.

Jeg har gjennomført fokusgruppeintervjuer med leger, arbeidsgivere og veiledere i NAV. Funnene fra undersøkelsen viser at det finnes noen barrierer i samhandlingen mellom aktørene også i Norge. Det er avdekket at aktørene opererer med ulike logikker som har betydning for hvordan de vurderer eget behov for samarbeid og hvordan de vurderer hva som er passende rolle og spillerom i samhandlingen. I tillegg er det uenighet om den faglige standarden i oppfølgingsarbeidet.

Disse barrierene viser seg å ha konsekvenser for informasjonsflyten mellom aktørene, noe som bidrar både til at oppfølgingen kommer sent i gang og at oppfølgingsarbeidet blir lite effektivt og lite konstruktivt. Det er videre avdekket at barrierene bidrar til en del konflikter mellom aktørene, spesielt mellom legene og NAV.

Funnene fra undersøkelsen blir drøftet med utgangspunkt i nyinstitusjonell teori. Begreper som institusjonelle logikker, organisatoriske felt, domene og legitimitet er sentrale i drøftingen. Jeg har avslutningsvis argumentert for at det er behov for å utvikle en felles forståelse mellom aktørene, og har sett de overordnede føringene for inkluderingspolitikken opp mot funnene som er avdekket i denne undersøkelsen. Jeg har argumentert for at samhandlingen ikke synes å være integrert på overordnet nivå, og at dette gjenspeiler seg hos aktørene som er nærmest praksisfeltet.

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Forskningsspørsmål.....	2
1.3 Målet med undersøkelsen	2
1.4 Beskrivelse av sykefraværsoppfølgingen i Norge	2
1.4.1 De ulike aktørers rolle i sykefraværsoppfølgingen	4
2. Teorigrunnlag	8
2.1 Generell teori.....	8
2.1.1 Organisasjon og omgivelser	8
2.1.2 Institusjonell teori	10
2.1.3 Ulike former for institusjonalisme	10
2.1.4 Institusjonalisering.....	11
2.1.5 Organisatoriske felt.....	11
2.1.6 Institusjonelle logikker.....	13
2.1.7 Legitimitet	14
2.1.8 Domene	16
2.2 Forskning på feltet.....	18
2.2.1 Ulike institusjonelle logikker	19
2.2.2 Egeninteresser og ulike mål	19
2.2.3 Mangel på kommunikasjon	20
2.2.4 Mangel på tillit	20
2.2.5 Mangel på kunnskap	21
2.2.6 Mangel på lederstøtte.....	21
3. Forskningsdesign og metode	22
3.1 Valg av metode	22
3.2 Fokusgrupper	23
3.2.1 Rekruttering av respondenter	24
3.2.2 Gruppesammensetning.....	28
3.2.3 Gruppestørrelse.....	29
3.2.4 Presentasjon av respondenter	30
3.2.5 Gjennomføring av intervjuene.....	32
3.2.6 Intervjuguide	33
3.3 Transkribering	33
3.4 Analyse	34
3.5 Metodiske refleksjoner	36
3.5.1 Å forske på eget praksisfelt	36

3.5.2 Etikk.....	38
3.5.3 Reliabilitet og validitet.....	40
4. Presentasjon av funn	42
4.1 Ulike institusjonelle logikker	44
4.2 Ulike behov for samarbeid.....	46
4.2.1 Legenes behov for samarbeid.....	46
4.2.2 Arbeidsgivernes behov for samarbeid.....	49
4.2.3 NAV sitt behov for samarbeid.....	52
4.2.4 Oppsummerende drøfting.....	54
3. Uenighet om passende rolle og spillerom	58
4.3.1 NAV sin forståelse av egen og andres rolle	58
4.3.2 Arbeidsgivernes forståelse av egen og andres rolle	62
4.3.4 Legenes forståelse av egen og andres rolle	64
4.3.5 NAV sin forvalterrolle gjør samhandlingen vanskelig	66
4.3.6 Legen blir pasientens advokat	68
4.3.7 Oppsummerende drøfting.....	70
4.4 Uenighet om faglig standard	75
4.4.1 Legene sykmelder for lett.....	76
4.4.2 NAV får ansvaret.....	79
4.4.3 Oppsummerende drøfting.....	80
4.5 Barrierenes konsekvenser	82
4.5.1 Mangelfull informasjonsdeling.....	82
4.5.2 Oppfølgingen kommer sent i gang.....	86
4.5.3 Oppsummerende drøfting.....	87
4.6 Oppsummering av funn	89
5. Avsluttende diskusjon	93
Referanseliste.....	100
Vedlegg	106
Intervjuguide.....	106
Samtykkeskjema arbeidsgivere.....	109
Samtykkeskjema leger.....	111
Samtykkeskjema NAV-veiledere.....	113
Melding fra NSD.....	115

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

«Tenk at vi har latt det gå så langt. Altså vi, sammen».

Sitatet over er hentet fra en arbeidsgiver jeg intervjuet i forbindelse med denne studien. Jeg mener sitatet beskriver godt det denne undersøkelsen skal forsøke å belyse. Studien tar for seg samhandling mellom aktører i arbeidet med oppfølging av sykmeldte og hvordan aktørene opplever denne samhandlingsprosessen.

Langvarig sykefravær er et stort offentlig helseproblem som har store samfunnsmessige kostnader (OECD, 2010, s. 10). NAV forvalter en tredjedel av statsbudsjettet (Regjeringen, 2019), og en dominerende andel av de som har behov for arbeidsrettede tjenester fra NAV er mennesker med helseutfordringer (Arbeids- og sosialdepartementet 2015-2016, s. 8). Langvarig sykefravær utgjør den største delen av sykefraværet i Norge (IA-avtalen, 2019-2022, s. 4), og av alle OECD-landene har Norge det høyeste sykefraværet og de største kostnadene knyttet til sykefravær (OECD, 2013, s. 28-29).

Med tanke på hva sykefravær koster samfunnet og det enkelte individ så er det av stor betydning at personer med helseutfordringer blir integrert i arbeidslivet (OECD, 2010, s. 24). Dersom man skal lykkes med denne integreringen så er det behov for at ulike aktører jobber sammen (Frank et al., 1998, s. 1630; Nilsing, Söderberg, Berterö, & Öberg, 2013, s. 12). Internasjonal forskning viser imidlertid at det finnes noen barrierer i samhandlingen mellom aktørene, og at disse barrierene kan bidra til at sykefravær varer lenger enn nødvendig (Loisel, Durand, Baril, Gervais, & Falardeau, 2005; Nilsing et al., 2013; Ståhl, Svensson, Petersson, & Ekberg, 2010; Wihlman, Lundborg, Axelsson, & Holmström, 2008).

Det foreligger forskning på feltet fra blant annet USA, Canada og Sverige, mens det i Norge ser ut til å være et felt som er lite utforsket (Simensen, 2017). Jeg ønsker derfor å undersøke om vi i Norge kan finne noen av de samme barrierene som er avdekket i internasjonal forskning.

I denne studien vil jeg se på hvordan NAV, arbeidsgivere og leger opplever samhandlingen. Jeg vil med utgangspunkt i deres erfaringer forsøke å avdekke om det finnes barrierer som kan være til hinder for en effektiv rehabiliteringsprosess for den sykmeldte.

1.2 Forskningsspørsmål

På bakgrunn av ovennevnte problemstilling har jeg utformet følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever NAV, arbeidsgivere og leger samhandlingen i arbeidet med oppfølging av sykmeldte?
2. Finnes det noen barrierer i denne samhandlingsprosessen som kan være til hinder for en effektiv tilbakeføring til arbeid?

1.3 Målet med undersøkelsen

Målet med undersøkelsen er å få kunnskap om hva som oppleves som barrierer i samhandlingen mellom veiledere i NAV, arbeidsgivere og leger i arbeidet med oppfølging av sykmeldte. Dersom det finnes faktorer i samhandlingen som bidrar til å vanskeliggjøre eller forsinke en rehabiliteringsprosess, så er det viktig at disse faktorene blir avdekket slik at man kan tilstrebe å redusere risikoen for at disse barrierene skal oppstå.

Jeg har valgt å fokusere på barrierer fremfor suksessfaktorer. Dette fordi internasjonal forskning viser at barrierene kan hindre eller forsinke en rehabiliteringsprosess, og det er derfor i et samfunnsperspektiv viktig at disse avdekkes. Det overordnede målet med undersøkelsen er å få kunnskap om feltet som kan bidra til at den politiske målsetningen om redusert sykefravær kan oppnås (IA-avtalen, 2019-2022).

1.4 Beskrivelse av sykefraværsoppfølgingen i Norge

Det er en politisk målsetting å få ned sykefraværet i Norge. For å få til dette har regjeringen satt i gang ulike tiltak. Regjeringen og partene i arbeidslivet har gått sammen om en avtale om inkluderende arbeidsliv som et virkemiddel for å redusere sykefraværet (IA-avtalen, 2019-2022). Videre er det gjennom lover og retningslinjer fastsatt noen plikter, møtearenaer og tidsfrister i oppfølgingsarbeidet, og det finnes ulike virkemidler som aktørene kan benytte seg av for å fremme inkludering og hindre frafall (IA-avtalen, 2019-2022).

Et viktig utgangspunkt for IA-samarbeidet er en felles forståelse av at deltakelse i arbeidslivet i seg selv kan virke helsefremmende. Arbeidsplassen blir ansett som den viktigste arenaen for å forebygge og redusere sykefravær (IA-avtalen, 2019-2022), og det er derfor en politisk oppfatning at hovedfokuset i oppfølgingen bør være mellom arbeidsgiver og arbeidstaker på den enkelte arbeidsplass (Arbeids- og sosialdepartementet, 2013-2014, s. 1).

Ansvar for sykefraværsoppfølgingen er fordelt på flere aktører. De mest sentrale aktørene er arbeidsgivere, NAV og sykmeldere, i tillegg til den sykmeldte selv som har ansvar og plikter. Fordi den sykmeldte ikke en del av aktørene jeg studerer så går jeg ikke nærmere inn på den sykmeldtes rolle i denne avhandlingen.

Hvilket ansvar den enkelte aktør har i arbeidet med oppfølging av sykmeldte er i hovedsak nedfelt i lovverk og retningslinjer. De viktigste lovene er arbeidsmiljøloven (Arbeidsmiljøloven, 2005) og folketrygdloven (Folketrygdloven, 1997). I tillegg må legene forholde seg til «Ethiske regler for leger» (Legeforeningen, 1961), forskrift om fastlegeordning i kommunene (Fastlegeforskriften, 2012) og «veileder for helsepersonell» (Helsedirektoratet, 2018), som alle sier noe om legens rolle i arbeidet med sykefraværsoppfølging.

Figur 1 nedenfor viser de lovpålagte oppfølgingspunktene som er nedfelt i folketrygdloven og arbeidsmiljøloven. Her fremgår det på hvilket tidspunkt de forskjellige hendelsene i oppfølgingsarbeidet skal foregå:



Fig. 1 Tidsakse for sykefraværsoppfølging

Jeg vil nedenfor redegjøre for de ulike rollene som arbeidsgivere, leger og veiledere formelt har i oppfølgingsarbeidet, slik at dette kan fungere som et bakteppe når jeg senere skal presentere funnene fra undersøkelsen.

1.4.1 De ulike aktørers rolle i sykefraværsoppfølgingen

1.4.1.1 Arbeidsgiver sin rolle

Arbeidsgiver sin rolle i sykefraværsoppfølgingen er i all hovedsak styrt av arbeidsmiljøloven. Arbeidsgiver skal jobbe forebyggende og sikre at det psykososiale og det fysiske arbeidsmiljøet blir ivaretatt (Arbeidsmiljøloven, 2005, §§4-3 og 4-4). Dersom en arbeidstaker har redusert funksjonsevne så har arbeidsgiver plikt til å tilrettelegge arbeidet så langt det er mulig for at den ansatte skal kunne beholde arbeidet, eventuelt tilby annet arbeid om mulig. Arbeidsgiver skal i samarbeid med den ansatte utarbeide oppfølgingsplan innen fire ukers sykefravær, hvor en vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver, funksjon og aktuelle tiltak skal fremgå. Arbeidsgiver er også pliktig til å sende oppfølgingsplanen til sykmelder innen fire uker og til arbeids- og velferdsetaten senest en uke før dialogmøte som arbeids- og velferdsetaten innkaller til. Arbeidsgiver har videre plikt til å innkalle arbeidstaker til dialogmøte 1 senest innen 7 ukers sykmelding, hvor innholdet i oppfølgingsplanen skal gjennomgås. Arbeidsgiver må kunne dokumentere hvordan bestemmelsene om oppfølgingsplan og dialogmøte har vært fulgt opp (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-6).

Arbeidsgivers plikter blir også omtalt i folketrygdloven. Her fremgår det som i arbeidsmiljøloven at arbeidsgiver plikter å utarbeide oppfølgingsplan og gjennomføre dialogmøte etter arbeidsmiljøloven § 4-6. Det er også tilføyd at arbeidsgiver har plikt til å delta i dialogmøte 2, som arbeids- og velferdsetaten kaller inn til (Folketrygdloven, 1997, §25-2).

1.4.1.2 Legen sin rolle

Legens rolle i sykefraværsarbeidet er beskrevet i «Ethiske regler for leger», forskrift til fastlegeordningen og folketrygdloven.

Dokumentet «Ethiske regler for leger» sier noe om hvordan legen skal opptre. Legen har ulike roller som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder, og det fremgår at det må skilles tydelig mellom rollene som behandler og sakkyndig (Legeforeningen, 1961 I: §2). Legen skal verne om menneskets helse, hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den. Videre er legens rolle å helbrede, lindre og trøste (Legeforeningen, 1961 I: §1).

I forskriften om fastlegeordning i kommunene vises det til at sykmeldende lege skal delta i oppfølgingen av sykmeldte, og at han eller hun skal bidra til at varig arbeidsuførhet skal unngås eller utsettes lengst mulig (Fastlegeforskriften, 2012, §26). Videre skal legen ta tilbørlig hensyn til samfunnets økonomi, og unødige eller overflødig kostbare metoder må ikke anvendes (Legeforeningen, 1961, §12). Det fremgår videre at legens samarbeid med pasienten bør baseres på gjensidig tillit (Legeforeningen, 1961, §2).

Legens rolle i forbindelse med utstedelse av attester og erklæringer er beskrevet både i folketrygdloven og i «Ethiske regler for leger». Det er nedfelt i folketrygdloven at arbeidsuførhet attestert av legen må dokumenteres, og at vurderingen av arbeidsuførheten skal ta utgangspunkt i en funksjonsvurdering. Videre skal legen alltid vurdere om medlemmet kan være i arbeid eller i arbeidsrelatert aktivitet. Legen og annet helsepersonell plikter i samarbeid med arbeidstakeren og eventuelt arbeidsgiveren å gi nærmere vurdering av arbeidstakerens funksjonsevne (Folketrygdloven, 1997, §8-7). Videre skal en legeerklæring gi tilstrekkelig informasjon og den skal være objektiv og nøytral i sin form. Det presiseres at relevante opplysninger ikke må forties eller fordreies (Legeforeningen, 1961 IV: §4). Legen plikter å gi opplysninger til NAV uten hinder av taushetsplikten (Folketrygdloven, 1997, §21-4).

Leger som utsteder sykmeldinger skal delta i dialogmøte dersom Arbeids- og velferdsetaten mener det er hensiktsmessig, men kan fritas fra plikten dersom det foreligger ekstraordinære forhold knyttet til legens arbeidssituasjon (Folketrygdloven, 1997, §8-7).

1.4.1.3 NAV sin rolle

NAV har en todelt rolle i arbeidet med sykefraværsoppfølging, da de innehar både en forvalterrolle og en veilederrolle (NAV-loven, 2006, §4). Den enkelte veileder i NAV må balansere mellom disse to rollene. Utgangspunktet for all sykefraværsoppfølging og samhandling knyttet til utbetaling av sykepenger er at vilkårene i folketrygdloven er oppfylt. Det fremgår her at det er et vilkår for sykepenger at funksjonsnedsettelsen klart må skyldes egen sykdom eller skade, og at arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer ikke gir rett til sykepenger (Folketrygdloven, 1997, §8-4).

Dette viser at allerede ved første sykmelding så kommer forvalterrollen til NAV inn i bildet. NAV skal gjøre en vurdering av om det foreligger rett til sykepenger. For at NAV skal kunne vurdere dette så er de avhengig av medisinske opplysninger fra legen. Det er derfor et krav om at arbeidsuførheten må dokumenteres med legeerklæring (Folketrygdloven, 1997, §8-7).

I første del av sykepengeperioden så er NAV sin rolle i tillegg til å være et forvaltningsorgan primært å understøtte og tilrettelegge for det bedriftsinterne sykefraværet. NAV skal ved behov bidra med kompetanse og understøtte arbeidsgivers tilretteleggingsinnsats med det mål om at den sykmeldte skal komme fullt tilbake eller øke arbeidsevnen (Arbeids- og sosialdepartementet 2015-2016, s. 37). NAV skal videre «stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet der dette er mulig, og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet» (NAV-loven, 2006, §4).

Senest når en person har vært sykmeldt i 8 uker, så skal NAV og lege vurdere om den sykmeldte kan være i arbeidsrettet aktivitet. NAV vurderer dette på bakgrunn av medisinske opplysninger fra legen og opplysninger som er mottatt fra arbeidsgiveren om tilretteleggingsmuligheter. Innen 26 uker skal NAV innkalle den sykmeldte og arbeidsgiveren til dialogmøte 2. Legen skal delta dersom NAV mener det er hensiktsmessig (Folketrygdloven, 1997, §8-7a). Dersom det i løpet av sykmeldingsperioden blir avklart at bedriftsintern tilrettelegging ikke fører fram eller at den sykmeldte vil ha behov for annet type arbeid så kan NAV bistå med ulike virkemidler (Arbeids- og sosialdepartementet 2015-2016, s. 37).

I tillegg til at NAV må forholde seg til både forvalterrollen og veilederrollen, så er forvalterrollen også todelt. NAV skal følge opp at den sykmeldte fyller vilkårene for sykepenger, samtidig som de skal følge opp at legene har en sykmeldingspraksis som er i tråd med reglene i folketrygdloven. NAV har sanksjonsmuligheter for leger som ikke etterlever kravene, og dette kan for legenes del innebære tap av retten til å praktisere for trygdens regning (Folketrygdloven, 1997, §25-7).

1.4.1.5 Begrepsavklaring

Det er behov for å avklare noen sentrale begreper før jeg presenterer det teoretiske grunnlaget for denne undersøkelsen.

Samarbeid og samhandling

I faglitteraturen brukes gjerne begrepet «interorganisatorisk koordinering» når det er snakk om samarbeid mellom organisasjoner. Dette favner begrep som samarbeid, samhandling, kontakt med mer mellom ulike organisatoriske enheter (Knudsen, 2004, s. 22). Det er i litteraturen ofte ikke noe klart skille på når man bruker de ulike begrepene, og det vil det heller ikke være i denne avhandlingen. Det jeg har lagt til grunn når jeg bruker begrepene er at aktørene på en eller annen måte må forholde seg til hverandre gjennom en form for utveksling, med det mål om at det skal bidra til en mest mulig effektiv rehabiliteringsprosess for den sykmeldte. Jeg har for enkelhets skyld avgrenset til å bruke begrepene samarbeid og samhandling når jeg skal beskrive interaksjonen mellom aktørene.

Respondenter

I faglitteraturen brukes begrep som informant og respondent når man omtaler personer som deltar i undersøkelser. Jacobsen (2015) viser til at det finnes et klart skille mellom begrepene. En informant er en person som vet mye om et fenomen eller gruppen, men som ikke representerer gruppen eller fenomenet som undersøkes (Jacobsen, 2015, s. 178). En respondent beskriver Jacobsen slik: «Personer med direkte kjennskap til et fenomen, f.eks ved at de har deltatt i en hendelse, ved at de mottar en spesiell tjeneste, eller ved at de er medlem av en spesiell gruppe, kaller vi som oftest *respondenter*. De er representanter for den gruppen vi ønsker å undersøke» (Jacobsen, 2015, s. 178).

Fordi jeg i denne undersøkelsen har intervjuet personer som representerer målgruppen for undersøkelsen, så vil de bli omtalt som respondenter når jeg presenterer funnene.

Øvrige begrep som har behov for presisering vil bli definert underveis der de naturlig hører hjemme.

2. Teorigrunnlag

2.1 Generell teori

Funnene fra undersøkelsen vil bli presentert med utgangspunkt i et nyinstitusjonelt perspektiv. Før jeg redegjør for nyinstitusjonell teori, så vil jeg innledningsvis presentere teori som omhandler samhandling mellom organisasjoner generelt. Jeg vil deretter forklare noen sentrale institusjonelle begreper, før jeg oppsummerer noen funn fra internasjonal forskning på feltet.

2.1.1 Organisasjon og omgivelser

Når man skal studere samhandling mellom organisasjoner så hører dette til under emnet *organisasjon og omgivelser* i organisasjonslitteraturen (Knudsen, 2004, s. 22). Hvordan omgivelsene blir definert varierer, men det blir som regel beskrevet som noe som ligger utenfor organisasjonens grenser (Hatch, 2001, s. 81).

Organisasjoners omgivelser kan deles inn i det interorganisatoriske nettverket, de generelle omgivelsene og de internasjonale/globale omgivelsene (Hatch, 2001, s. 82). Det interorganisatoriske nettverket kan innbefatte mange ulike organisasjoner, og disse kan være i et komplisert og omfattende samspill (Hatch, 2001, s. 83). Det kan være en direkte eller indirekte forbindelse mellom organisasjonene i nettverket, og noen av organisasjonene kan ha mye makt og utøve kontroll over andre organisasjoner. Dette innebærer at det kan være alt fra harmoni til stor fiendtlighet og konflikt innad i nettverkene (Benson, 1975, s. 230). I tillegg er aktørene i det interorganisatoriske nettverket knyttet til generelle og globale omgivelser, som for eksempel myndigheter og lovgivende organer (Benson, 1975, s. 230). Dette kan påvirke aktørene på ulike måter. Selv om synet på hvordan omgivelsene påvirker organisasjoner har variert gjennom tidene, er det nå vanlig å se på omgivelsene som en viktig påvirkningsfaktor for organisasjoner (Hatch, 2001, s. 94).

For å kunne plassere det nyinstitusjonalistiske perspektivet i mengden av organisasjonslitteratur så vil jeg ta utgangspunkt i oppsummeringen til Scott og Davis (2007). De har forsøkt å sammenfatte ulike organisasjonsteorier og har laget en oversikt over de ulike teoretiske retningene. De har delt teoriene som har dominert i organisasjonsforskningen inn i fire kategorier. Disse fire er 1) lukkede rasjonelle systemmodeller, 2) lukkede naturlige systemmodeller, 3) åpne

rasjonelle systemmodeller og 4) åpne naturlige systemmodeller (W.R. Scott & Davis, 2007).

Teorier innenfor de lukkede systemmodellene så på organisasjoner som uavhengig av omgivelsene. Man var opptatt av hvordan organisasjoners interne organisering og struktur kunne bidra til å nå spesifikke mål (Blom & Grape, 2006, s. 11). Teorier fra de åpne systemmodellene fokuserer på hvordan organisasjoner påvirkes av omgivelsene. Etter at det ble vanlig å definere organisasjoner som åpne systemer, så har det blitt tydelig at andre organisasjoner er en kritisk del av omgivelsene til enhver organisasjon (Hall, Clark, Giordano, Johnson, & Van Roekel, 1977, s. 1).

Åpne rasjonelle systemmodeller viser til at organisasjoner er gjensidig avhengig av hverandre. For at organisasjoner skal overleve er de avhengig av utveksling med andre organisasjoner i omgivelsene, og omgivelsene domineres av det som har fått betegnelsen tekniske omgivelser. Organisasjoner som omslutes av slike omgivelser belønnes fordi de forsyner omgivelsene med varer og tjenester (Hatch, 2001, s. 102). Åpne rasjonelle systemmodeller fokuserer spesielt på organisasjoners behov for utveksling med omgivelsene og at disse råvarene fra omgivelsene omvandles til tjenester og produkter (Blom & Grape, 2006, s. 11). Etter dette synet blir organisasjoner sett som instrumenter som er designet for å oppnå spesielle mål (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 35).

Åpne rasjonelle systemmodeller blir kritisert fordi den enkelte organisasjon ikke blir sett som en aktør med handlingsrom. Innenfor denne retningen anses individer i organisasjoner for å ha kognitive og motivasjonelle begrensninger når det gjelder hvilke valg og handlinger de kan foreta seg. Rasjonell atferd skjer innenfor klare spesifiserte begrensninger (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 36). Individuelle motiv og strategier synes fraværende, og det er ikke rom for maktkamper eller konflikter mellom ulike interessegrupper (Johansson, 2006, s. 22).

Kritikken mot de åpne rasjonelle systemmodellene førte til fremveksten av det som kalles åpne naturlige systemmodeller. Institusjonell teori hører til denne kategorien (Blom & Grape, 2006, s. 12). Jeg skal nedenfor redegjøre for nyinstitusjonell teori og presentere noen sentrale begrep som *institusjonalisering*, *organisatoriske felt*, *institusjonelle logikker*, *legitimitet* og *domene*.

2.1.2 Institusjonell teori

Institusjonell teori fikk fra slutten av 1970-tallet mer plass i organisasjonsteorien, og med dette begynte man å tenke annerledes rundt organisasjoner og deres omgivelser. Det ble stilt spørsmål ved hvorvidt organisasjoner kun er rasjonelle verktøy som oppnår mål gjennom å produsere varer og tjenester, og det ble i stedet hevdet at organisasjoner er institusjonaliserte (Eriksson-Zetterquist, Kalling, Styhre, & Woll, 2014, s. 245). Med dette menes at organisasjoner også må forholde seg til institusjonelle krav i omgivelsene, det vil si det eksterne samfunnets normer og verdier (Hatch, 2001, s. 102). Etter dette synet blir ikke organisasjonene bare påvirket av sine omgivelser, men blir også skapt av sine omgivelser gjennom sosial interaksjon på ulike nivåer. De kan derfor sees som sosiale konstruksjoner (Lindquist, 2000, s. 83; W. R Scott, 1995, s. xv).

2.1.3 Ulike former for institusjonalisme

I litteraturen vises det til at det finnes ulike former for institusjonalisme, og det florerer med ulike begrep om de forskjellige variantene. Peters (2012) viser til 6 ulike former for institusjonalisme, som omfatter både gamle og nye former (Peters, 2012, s. 20-21). Da denne avhandlingen er i lys av et nyinstitusjonelt perspektiv så har jeg valgt å ta utgangspunkt i Blom & Grape (2006) som viser til tre former for nyinstitusjonalisme. Dette er 1) historisk nyinstitusjonalisme, 2) rational choice-institusjonalisme og 3) sosiologisk nyinstitusjonalisme (Blom & Grape, 2006, s. 9). Det er den siste varianten, sosiologisk nyinstitusjonalisme, som er utgangspunktet for denne avhandlingen.

Sosiologisk nyinstitusjonalisme samsvarer med det som også kalles normativ institusjonalisme (Peters, 2012, s. 26), og har fokus på hvordan normer og forventninger i omgivelsene påvirker både organisasjoner og individene i organisasjonene. Jeg vil nedenfor gjøre rede for hva som menes med institusjonalisering etterfulgt av en redegjørelse av hvordan dette kan foregå på både organisasjonsnivå og på individnivå. Førstnevnte referer til hvordan organisasjoner blir påvirket av omgivelsene innenfor organisatoriske felt, og sistnevnte hvordan individer på bakgrunn av medlemskap i for eksempel en organisasjon kan utvikle det som kalles for institusjonelle logikker.

2.1.4 Institusjonalisering

Begrepet institusjon har ulik betydning innenfor ulike disipliner. Innenfor den sosiologiske retningen så innebærer begrepet en organisert og etablert måte å handle på, hvor handlingene sees som de regler som gjelder for et samfunn (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 247). Scott og Davis (2007) kaller prosessene som gjør noe til en institusjon for institusjonalisering, og beskriver dette som «the process by which actions are repeated and given similar meaning by self and others» (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 260) .

Peters (2012) viser til en lignende beskrivelse når han legger til grunn at fire fellestrekk må være til stede før noe kan kalles en institusjon. Det første elementet er at institusjoner på en eller annen måte må utgjøre et strukturelt særtrekk i samfunnet. Denne strukturen kan være formell eller uformell, som for eksempel en lovgiver, en byråkratisk organisasjon, et nettverk av organisasjoner som samhandler eller et sett av delte normer. Et annet særtrekk ifølge Peters er eksistensen av en viss stabilitet over tid. Mennesker som møtes kun én gang vil derfor ikke utgjøre en institusjon. Hvis de imidlertid bestemmer seg for å møtes hver torsdag ettermiddag på samme sted og til samme tid, så begynner det å ligne en institusjon. Det tredje særtrekket for at det skal kalles en institusjon er at det må påvirke individuell atferd, det vil si at det på en eller annen måte skal begrense atferden til medlemmene. Det siste særtrekket er at det må være en opplevelse av felles verdier og meninger blant medlemmene av en institusjon (Peters, 2012, s. 19-20). Oppsummert så må en institusjon ifølge Peters teori utgjøre et strukturelt særtrekk i samfunnet som på en eller annen måte begrenser medlemmenes atferd. I tillegg må det foregå en prosess hvor handlinger blir gjentatt over tid slik at det utvikles en felles forståelse blant medlemmene.

2.1.5 Organisatoriske felt

Institusjonalistene ble opptatt av å studere hvilke faktorer i omgivelsene som fører til at organisasjoner blir mer like hverandre (Hatch, 2001, s. 105), og begrepet organisatorisk felt ble sentralt. De ønsket å finne ut av hva som forklarer at strukturer reproduseres og blir selvforsterkende (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 250).

Det finnes ulike definisjoner på hva som menes med et organisatorisk felt. DiMaggio og Powell (1983) beskriver organisatoriske felt slik: «By

organizational field, we mean those organizations that, in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products» (DiMaggio & Powell, 1983, s. 148). Organisatoriske felt blir også beskrevet som et «kollektiv av organisasjoner som i noget avseende «sysslar med samma saker» (Johansson, 2006, s. 18). Scott (1994) utdyper betydningen av begrepet felt ved å vise til at det innenfor et felt eksisterer organisasjoner som deltar i et felles meningssystem, hvor deltakere samhandler oftere og mer skjebnesvangert med hverandre enn med aktører utenfor feltet (Scott, referert i W. R Scott, 1995, s. 56).

Ifølge DiMaggio og Powell (1983) finnes organisatoriske felt bare i den grad de er institusjonelt definert. Prosessen med institusjonell definering, eller «strukturering», består av fire deler: en økning i omfanget av samspillet mellom organisasjoner i feltet, fremveksten av skarpt definerte interorganisatoriske strukturer av dominans og koalisjonsmønstre, en økning i informasjonsbelastningen som aktørene må forholde seg til samt gjensidig bevissthet blant deltakerne i et sett organisasjoner om at de tilhører samme virksomhet. Organisasjoner kan endre sine mål eller utvikle ny praksis, og nye organisasjoner kan gå inn i feltet. Når ulike organisasjoner i samme bransje er strukturert til et faktisk felt, oppstår sterke krefter som fører dem til å bli mer like hverandre. Denne påvirkningen kalles for isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1983, s. 148).

Powell og DiMaggio (1983) skiller mellom tre former for institusjonell påvirkning som bidrar til at organisasjoner innenfor et felt blir mer like hverandre. Den første formen betegnes som tvingende institusjonelt trykk, og handler om at presset kommer fra offentlige lover og regler. Dette kaller de for tvingende isomorfisme (DiMaggio & Powell, 1983, s. 150). Denne formen for påvirkning utvikles først og fremst gjennom politisk påvirkning, og det er de svake organisasjonene innen feltet som må tilpasse seg de sterke organisasjonenes formelle og uformelle krav. Den sterkeste organisasjonen er staten, som påvirker gjennom lovgivning (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 254).

Den andre formen, normativt institusjonelt trykk, er når presset kommer gjennom for eksempel organisasjonsmedlemmers formelle utdanning. Normativ

isomorfisme utvikles først og fremst gjennom profesjonalisering av bransjene. Det blir stadig vanligere å ansette personell med en profesjonsutdanning, og dette er ifølge DiMaggio og Powell noe som kan påvirke organisasjonene i vesentlig grad (DiMaggio & Powell, 1983, s. 150).

Mimetisk institusjonelt trykk er den tredje formen, og betyr at organisasjoner innenfor et organisatorisk felt forsøker å kopiere andre organisasjoner som oppleves som fremgangsrike (DiMaggio & Powell, 1983, s. 150) Denne formen for påvirkning kalles også for imiterende isomorfisme. Den oppstår gjennom organisasjonens usikkerhet. Fordi de selv er usikre på hvordan de skal lykkes og bli fremgangsrike, så forsøker de å etterligne andre organisasjoner som de anser for vellykkede (Eriksson-Zetterquist et al., 2014, s. 254).

Scott og Davis (2007) beskriver på lik linje med DiMaggio og Powell staten og profesjonene som de viktigste drivkreftene i organisasjonenes omgivelser. De benevner disse som de viktigste institusjonelle agentene (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 266). Gjennom politiske drivkrefter så fatter staten beslutninger som påvirker lover og regelverk. Politiske beslutninger skal implementeres, og dette skjer gjennom organisasjoner som har i oppgave å styre, overvåke og kontrollere operative organisasjoner. Samtidig påvirker også profesjonelle drivkrefter i stor grad den offentlige sektoren. Utviklingen av velferdsstatlige profesjoner har bidratt til et mangfold av organisasjoner og profesjoner som kan ha stor påvirkning på omgivelsene (Grape, 2006, s. 49).

Når strukturering innenfor et organisatorisk felt øker, så øker også den felles oppfattelsen gjennom at meninger i større grad blir delt. (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 269). Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at samarbeid mellom organisasjoner kommer i gang. Organisasjoner som er strukturert i samme felt kan være preget av ulike institusjonelle logikker som styrer prinsippene for organisering og handling (Grape, 2006, s. 51), noe som kan gjøre samarbeid vanskelig.

2.1.6 Institusjonelle logikker

Med nyinstitusjonalismen så begynte man å bli oppmerksom på maktforhold og strategisk handlende aktører. Både innenfor det organisatoriske feltet og innenfor

den enkelte organisasjon ble det vanlig å legge til grunn at organisasjoner er mer eller mindre aktive aktører (Johansson, 2006, s. 23).

Institusjonelle logikker viser til praksis, antakelser, verdier og oppfatninger som gir mening til den sosiale virkeligheten i et felt (Thornton & Ocasio, 1999, s. 807). Disse mønstrene blir rammeverk for hvilke regler som gjelder og hva man kan og ikke kan stille spørsmål ved. Reglene utvikles over tid og er ulike for forskjellige samfunn og organisatoriske felt (Grape, 2006, s. 51; W.R. Scott, 1994, s. 60). Innenfor den sosiologiske tradisjonen så har Bourdieu (1990) introdusert begrepet «habitus». Han beskriver dette som tillærte tanke- og atferdsmønstre (Bourdieu & Nice, 1990, s. 56; Simensen, 2017, s. 18). Goffman (1986) bruker begrepet «primære rammeverk» for å forklare hvorfor mennesker oppfatter virkeligheten forskjellig. Han beskriver dette som ulike skjema for tolkning av hendelser og opplevelser (Goffman, 1986, s. 21).

De normer og verdier som råder i en organisasjon har en sentral rolle når man skal forklare individers atferd (Peters, 2012, s. 26). Fordi individenes atferd og handlinger er betinget av medlemskap i for eksempel en organisasjon, så tolker og aksepterer individene organisasjonens verdier, noe som igjen danner grunnlag for deres atferd (Peters, 2012, s. 45). Medlemmene i en organisasjon vil ut fra denne teorien handle på bakgrunn av hva de oppfatter er logisk passende i henhold til den organisasjonen de tilhører (Peters, 2012, s. 20).

2.1.7 Legitimitet

Sosial legitimitet ble tatt inn som en viktig faktor i nyinstitusjonalismen. I tillegg til at organisasjoner trenger ressurser, som for eksempel utstyr og kapital fra omgivelsene, så er de også avhengig av å være akseptert i det samfunnet de eksisterer i. Innen organisatoriske felt finnes et allment akseptert syn på hvordan organisasjoner bør være, og det finnes viktige interessegrupper som har forventninger til både utforming av organisasjonen og hvordan organisasjonen skal opptre (Ineland, 2006, s. 98). For at man skal overleve som organisasjon og ha legitimitet i omgivelsene, så er det viktig å tilpasse seg de rådende normer og forventninger i samfunnet (Hatch, 2001, s. 103). Jo bedre organisasjonene tilpasser seg omgivelsene, jo bedre overlevelsesmuligheter har de (Ineland, 2006, s. 104).

Organisasjoner utsettes imidlertid for ulike krav og forventninger fra omgivelsene. Det kan for eksempel oppstå spenning mellom forventninger fra de institusjonelle omgivelsene og de krav som arbeidsoppgavene krever til organisering.

Motstridende krav kan føre til konflikt for organisasjoner. De fleste organisasjoner må imidlertid forholde seg til både de tekniske og institusjonelle omgivelsene, men det er vanlig å anta at private og offentlige organisasjoner i ulik grad må forholde seg til ulike omgivelser. De private organisasjonene må ofte forholde seg til markeder, hvor effektivitet og produktivitet er i fokus. Offentlige organisasjoner er kanskje i større grad avhengig av legitimitet fra omgivelsene, for på denne måten å legitimere den økonomiske støtten de mottar (Østerud, 2014, s. 90-93).

Meyer og Rowan (1977) viser til at det i samfunnet finnes utbredte forståelser, eller myter, om den sosiale virkeligheten, og at disse blir tatt for gitt. Disse forståelsene blir legitimert gjennom blant annet politikere, lovverk, gjennom utdanningssystemet og domstolene. Dette anses som kraftige institusjonelle regler som fungerer som høyt rasjonaliserte myter som blir bindende for bestemte organisasjoner (Meyer & Rowan, 1977, s. 343). Institusjonelle omgivelser belønner organisasjonene for at de holder seg til samfunnets verdier, normer, regler og allmenne oppfatninger, og på denne måten får organisasjoner sosial legitimitet fra omgivelsene (Hatch, 2001, s. 102).

Når en organisasjon står i en konflikt mellom motstridende institusjonelle interesser så kan dette løses ved at organisasjonen kobler løs den formelle strukturen fra den praktiske utførelsen av arbeidet. Opprettholdelse av den formelle strukturen bidrar til å innfri omgivelsenes krav, samtidig som det daglige arbeidet preges av mer praktiske overveielser. På denne måten kan organisasjonene beholde sin legitimitet (Ineland, 2006, s. 104). Formell struktur og faktisk atferd blir på denne måten koblet fra hverandre, slik at det blir et skille på hva man sier og hva man gjør. Blant teoretikere er det noe uenighet om hvorvidt dette indikerer lav moral og dårlig ledelse fra organisasjonens side. Brunsson (2002) kaller denne måten å tilnærme seg omgivelsene på for hykleri (Brunsson, 2002, s. 27). Teoretikere fra åpent system-tradisjonen argumenterer imidlertid for at frakobling fra den formelle strukturen kan være en bra tilpasning for systemet som helhet (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 94).

2.1.8 Domene

Aktører innenfor et og samme felt kan ha ulike interesser i tillegg til at de drives av ulike institusjonelle logikker, noe som vil kunne føre til at samarbeid oppleves som vanskelig (Grape, 2006, s. 55). Ofte er konfliktene mellom organisasjoner knyttet til organisasjoners domene. Selv om begrepet domene oppstod før nyinstitusjonalismen og således ikke er et rent nyinstitusjonelt begrep, så er det i organisasjonslitteraturen vanlig å trekke inn også dette begrepet når det skal gjøres en analyse ut fra et nyinstitusjonelt perspektiv (Se Grape, 2006; Lindquist, 2000; W.R. Scott & Davis, 2007).

I organisasjonslitteraturen finnes det mange ulike definisjoner på hva et domene er. For eksempel viser Benson (1975) til at besittelse av et domene tillater organisasjonen å operere i en bestemt sfære, kreve støtte for sin virksomhet og definere riktig praksis innenfor sin sfære (Benson, 1975, s. 232). Scott & Davis (2007) har en litt annen tilnærming når de sier at «An organisation's *domain* consists of the range of products or services it provides and the types of clients or consumers served. Producing goods and providing services necessarily relate each organization to a number of other organizations – suppliers, customers, competitors – that affect its behavior and outcomes” (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 116). For å si det enkelt så kan man si at et domene i denne sammenhengen innebærer at organisasjoner oppfatter at de har en legitim rett til å utføre visse oppgaver, for eksempel i kraft av lovgiving eller i kraft av sin profesjon.

Noen ganger kan organisasjoner ha interesse i samme problem eller utfordring, og dette blir i faglitteraturen kalt for et interorganisatorisk domene, eller delvis overlappende domene. Begrepet interorganisatorisk domene viser til et problemområde som flere enheter har interesse i og hvor det er ønskelig med koordinering i en eller annen grad (Knudsen, 2004, s. 41). Et slikt overlappende domene kan også være innenfor et politisk system, som for eksempel når offentlige og private organisasjoner må samarbeide innenfor et lovverk og aktørene har interesse i samme problemområde. Milward (1982) kaller det interorganisatoriske domene i disse tilfellene for et politisk domene (Milward, 1982, s. 464).

Det argumenteres for at organisasjoner som har felles interessefelt, eller delvis overlappende domene, har størst sjans for å lykkes med samarbeid (Thorelli, 1986, s. 40). De kan utfylle og utnytte hverandres kompetanse og de kan betjene samme klientgruppe med flere tilbud samtidig (Knudsen, 2004, s. 44). Dersom enhetene har sammenfallende domener vil det imidlertid også kunne føre til konkurranse mellom organisasjonene (Thorelli, 1986, s. 39). Konkurransen kan bestå i at man kjemper om å få eierskap til samme domene, men også at man ønsker å slippe å ta hånd om visse oppgaver (Lindquist, 2000, s. 89).

Med domenekonsensus menes at aktørene må vurdere samarbeid som hensiktsmessig med utgangspunkt i oppgavene som ligger til de ulike enhetene (Knudsen, 2004, s. 44). Dette innebærer at aktørene må være samstemte om hva som er passende rolle og spillerom når de skal samhandle (Benson, 1975, s. 236). Levine & White (1961) har en lignende tilnærming når de viser til at partene må kjenne til hverandres eksistens og det må eksistere en eller annen form for enighet eller forståelse mellom partene (Levine & White, 1961, s. 597). Dersom det ikke foreligger slik enighet eller forståelse så kan dette føre til domenekonflikt (Grape, 2006, s. 55).

Knudsen (2004) viser til at enheter som skal samarbeide må være i besittelse av et minstemål av makt og ressurser. De må være i en forhandlingsposisjon og ha noe å bidra med. Dersom det ikke foreligger en viss grad av gjensidighet, så kan dette føre til den enes dominans over den andre (Knudsen, 2004, s. 31). Benson (1975) hevder at samarbeidsprosjekter ofte mislykkes fordi det ikke tas hensyn til den underliggende maktdynamikken i relasjonene. Organisasjoner som opplever at de ikke har makt vil kunne velge ut mer destruktive strategier, som for eksempel å overta andre enheters oppgaver (Benson, 1975, s. 242).

Grape (2006) viser til at det nyinstitusjonelle perspektivet ikke gir noen ledetråder for hvordan domenekonsensus eller domekonflikt oppstår. Han bruker derfor integrasjonsbegrepet for å vise dynamikken som finnes i en organisatorisk sammenheng. Grapes resonnement bygger på Hvindens (1994) bruk av integrasjonsbegrepet, som presenterer tre betingelser for horisontal integrering. Med horisontal integrering så mener Hvinden samhandling mellom aktører på samme nivå i en organisasjon eller mellom organisasjoner. Den første betingelsen er at aktørene må ha kjennskap til hverandre. Videre må det foreligge

kompatibilitet i oppfatninger og mål og aktørene må være gjensidig avhengig av hverandre. Hvinden er opptatt av hvordan beslutninger og strategier blant aktører på høyere nivåer, som sjefer og politikere, former den konteksten og de betingelsene som aktørene på lavere nivåer opererer innenfor. Han forsøker derfor å kombinere både det horisontale og det vertikale perspektivet når han studerer samhandling mellom aktører innenfor velferdsbyråkratiet i Norge og Skottland (Hvinden, 1994, s. 10).

Grape kritiserer Hvindens resonnement. Han er enig i at de tre betingelsene kan være forutsetninger for at samarbeid i det hele tatt skal komme i gang, men mener at betingelsene ikke er nok i seg selv for oppnå integrasjon i eller mellom organisasjoner. Grape mener det må foregå et mer aktivt integrasjonsarbeid. Med dette mener han at to aspekter av integrasjonsbegrepet er sentrale for å oppnå domenekonsensus. Dette er at det må være enighet om mål og middel blant organisasjonene i tillegg til enighet om hvem som har kunnskap til å utføre oppgavene. Hvis det i tillegg er enighet om dette på ulike organisatoriske nivåer, både på saksbehandlernivå og blant ledere og helst også hos politikere, så øker sjansen for domenekonsensus. Etter Grape sitt resonnement så er det stor sjanse for at domenekonflikter oppstår dersom dette integrasjonsarbeidet er fraværende (Grape, 2006, s. 59).

2.2 Forskning på feltet

I mitt andre studieår på masterstudiet så skrev jeg en litteraturgjennomgang som het "Barrierer ved interorganisatorisk koordinering av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester". Jeg gjennomgikk internasjonal forskning på feltet, og avdekket noen barrierer i samhandlingen mellom aktørene som kunne bidra til en forsinket rehabiliteringsprosess for sykmeldte. Disse barrierene sammenfattet jeg i seks kategorier: 1) aktørene opererer med ulike institusjonelle logikker, 2) de har egeninteresser og ulike mål, 3) det er mangel på kommunikasjon mellom aktørene, 4) mangel på tillit 5) mangel på kunnskap og 6) mangel på lederstøtte (Simensen 2017).

Jeg vil nedenfor gi en kort beskrivelse av disse barrierene.

2.2.1 Ulike institusjonelle logikker

Studier viser at aktørene opererer med ulike logikker og at dette kan resultere i ulike tolkninger og handlinger (Franche, Baril, Shaw, Nicholas, & Loisel, 2005, s. 529). Aktørene handler som regel i tråd med den posisjonen og rollen de har i egen organisasjon (Ståhl et al., 2010, s. 308; Tiedtke et al., 2012, s. 242; Wihlman et al., 2008, s. 6).

I en norsk undersøkelse så fant man at NAV har en *byråkratisk logikk*, arbeidslivet en *markedslogikk* mens den dominerende logikken i helsetjenesten er *profesjon*. Aktørene innenfor de ulike feltene handler ut fra disse logikkene (Andreassen & Fossetøl, 2014, s. 177).

Aktører som jobber med arbeidsrettet rehabilitering har ulike logikker knyttet spesielt til vurdering av arbeidsevne og arbeidsuførhet, og dette viser seg å være årsaken til mye av vanskelighetene knyttet til samarbeid mellom aktørene. Mens legene har en helhetlig tilnærming til pasienten hvor de ser på hele livssituasjonen (Johansen, Andersen, Mikkelsen, & Lyng, 2011, s. 63; Nilsing et al., 2013, s. 16), så har saksbehandlerne som må forholde seg til et lovverk fokus på fordelene ved å være i arbeid fremfor å leve på passive ytelser. Saksbehandlerne opplever at legene styres for mye av pasientens egne vurderinger, og at fokuset på arbeidsrelatert aktivitet forsvinner underveis i prosessen (Martin, Moefelt, Nielsen, & Rugulies, 2015, s. 48).

2.2.2 Egeninteresser og ulike mål

Aktørene kan ha ulike motiver for å samarbeide i oppfølgingsarbeidet (Tiedtke et al., 2012).

Arbeidsgivere er opptatt av å få sykmeldte raskt tilbake i arbeid for å sikre produksjonen og den økonomiske driften. Et sykefravær vil påvirke både produktiviteten og produksjonskostnader, og arbeidsgivere er derfor opptatt av å redusere kostnadene som sykefraværet fører med seg (Franche et al., 2005, s. 529; Young et al., 2005, s. 547). De opplever at det kan være vanskelig å ta hensyn til den ansatte samtidig som de skal sørge for driften av arbeidsplassen (Tiedtke et al., 2012, s. 244).

Helsepersonell ser ofte på sykefravær som et medisinsk anliggende og de ønsker derfor å verne om sin pasients helse. De kan imidlertid også ha en viss økonomisk

interesse i å videreføre behandling og oppfølging av pasienten. Målet for helsepersonell er først og fremst å bistå pasientene til bedring av funksjonsevnen, og dersom man lykkes med å tilbakeføre sykmeldte til arbeid så forklares dette med at den medisinske behandlingen har vært vellykket (Young et al., 2005, s. 547).

Forsikringsselskap er først og fremst interessert i å få den sykmeldte tilbake i arbeid uten store kostnader, og de ønsker derfor å gjøre tilbakeføringen så enkel og rask som mulig (Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen, & Rugulies, 2012, s. 435; Young et al., 2005, s. 548).

Det at aktørene har ulike motiver for å samarbeide medfører at de kan jobbe mot ulike mål. Selv om de kan være enige i de overordnede målene, så tolkes disse målene ulikt avhengig av organisasjonen de tilhører (Ståhl et al., 2010, s. 302). Aktørene har en tendens til å fokusere på organisatoriske krav i egen virksomhet, noe som kan være til hinder for å delta i felles prosjekter (Ståhl et al., 2010, s. 303).

2.2.3 Mangel på kommunikasjon

Når samarbeidet ikke fungerer optimalt, så skyldes dette ofte mangel på kommunikasjon mellom aktørene (Friesen, Yassi, & Cooper, 2001, s. 17; Liukko & Kuuva, 2016, s. 3; Martin et al., 2012, s. 435). Studier viser at det kan være mangel på kommunikasjon både vertikalt og horisontalt (Wihlman et al., 2008, s. 7).

Mangelfull kommunikasjon bidrar til at ansvarsfordelingen mellom enhetene oppleves å være uklar (Liukko & Kuuva, 2016, s. 5; Thorstensson, Mathiasson, Arvidsson, Heide, & Petersson, 2008, s. 4), noe som kan medføre at aktørene blir usikre på hva som er deres jobb i oppfølgingsarbeidet. Videre fører utilstrekkelig kommunikasjon til at samhandlingen kommer i gang først sent i sykdomsforløpet (Nilsing et al., 2013, s. 12), og samarbeid oppleves ofte som lite konstruktivt fordi aktørene har motstridende og uavklarte forventninger til hverandre (Martin et al., 2012, s. 436).

2.2.4 Mangel på tillit

Det er avdekket mangel på tillit mellom aktørene (Loisel et al., 2005, s. 585), noe som viser seg å være en kilde til konflikt. Det er spesielt mellom saksbehandlere

og helsepersonell at problemene oppstår (Johansen et al., 2011, s. 63; Loisel et al., 2005, s. 588). Saksbehandler opplever å få liten respekt av helsepersonell, og helsepersonell opplever at saksbehandlere viser mistillit til dem (Nilsing et al., 2013, s. 13).

Saksbehandlere forteller at erklæringene fra legene ofte mangler vurdering av funksjonsevne og annen viktig informasjon, og de opplever det som lite effektivt at de må vente på opplysninger fra legene fordi de ikke har fylt ut erklæringen godt nok første gang. De opplever at legene opptrer som pasientens advokat (Johansen et al., 2011, s. 63). Dette viser seg å være en kilde til konflikt mellom saksbehandlerne og legene (Thorstensson et al., 2008, s. 3).

2.2.5 Mangel på kunnskap

Studier viser at helsepersonell ofte ikke vet nok om mulighetene som finnes på arbeidsplassen og hvilke helsemessige farer som kan oppstå ved å gjenoppta arbeidet (Friesen et al., 2001, s. 18; Nilsing et al., 2013, s. 11; Tiedtke et al., 2012, s. 244).

Utilstrekkelig kunnskap om arbeidsplassen fører til at anbefalinger fra helsepersonell får liten verdi for den sykmeldte og for arbeidsgiveren. Den sykmeldte får ikke anledning til å beskrive hvilke krav det stilles til arbeidet, og helsepersonell tar seg heller ikke nok tid til å vurdere hva som kreves (Sager & James, 2005, s. 132).

2.2.6 Mangel på lederstøtte

Det er videre avdekket at mangel på lederstøtte kan bidra til at samhandlingen mellom aktørene oppleves som vanskelig. Dette skyldes at rollefordelingen blir uklar og det oppstår usikkerhet knyttet til hvem som har myndighet til å fatte beslutninger (Wihlman et al., 2008, s. 5). Noen mener at dette er en av de største utfordringene i samarbeidet (Martin et al., 2015, s. 429).

Ledere blir ofte vurdert ut fra hva de leverer i egen organisasjon. Dette innebærer at samhandling med andre organisasjoner ikke nødvendigvis er gunstig for lederes karriere (Axelsson & Axelsson, 2009, s. 327). Formelt lovverk og interne regler i organisasjonen kan også bidra til å gjøre samarbeid vanskelig, samtidig som kultur, makt og prestisje kan ha betydning (Axelsson & Axelsson, 2009, s. 325).

3. Forskningsdesign og metode

I dette kapitlet vil jeg presentere og begrunne de metodiske valgene jeg har tatt i starten av og underveis i prosessen. Jeg vil begynne med å redegjøre for valg av metode og de ulike stegene jeg har tatt for å sikre kvalitet i det innsamlede datamaterialet. Jeg vil deretter redegjøre for prosessen knyttet til analysering av datamaterialet, før jeg avslutter med å si noe om hvilke betraktninger jeg har gjort meg om det å forske på eget praksisfelt samt betraktninger knyttet til etikk, reliabilitet og validitet.

3.1 Valg av metode

På det tidspunktet jeg skulle velge metode for undersøkelsen, så hadde jeg utarbeidet et foreløpig forskningsspørsmål. Dette ble utgangspunktet for den metoden jeg til slutt valgte å anvende. Fordi jeg antok at jeg hadde med meg noen førforståelser som hadde påvirket meg mer eller mindre bevisst helt fra jeg begynte å jobbe med temaet for undersøkelsen, så var jeg åpen for at jeg måtte revurdere forskningsspørsmålet underveis. Jeg har således hatt en eksplorerende tilnærming til datainnsamlingen.

I undersøkelsesopplegg med eksplorerende forskningsspørsmål så har en kvalitativ tilnærming vist seg å være godt egnet. Dette fordi nyanser kan avdekkes i større grad ved bruk av denne metoden enn ved bruk av kvantitativ metode. Forskjellen på kvantitativ og kvalitativ metode er i store trekk at kvalitativ metode samler informasjon i form av kvalitative data, for eksempel i form av ord, som gir en større nyanserikdom enn ved kvantitativ metode, hvor den sosiale virkeligheten måles i form av tall (Jacobsen, 2015, s. 24).

Jeg har forsøkt å finne den metoden innenfor kvalitativ tilnærming som best kan gi svar på de forskningsspørsmålene jeg har utarbeidet. I prosessen med å finne egnet metode har jeg derfor sett på hvilke metoder som har vært benyttet i lignende studier tidligere. Etter å ha gjennomgått empiri på feltet så fremkommer det at fokusgrupper har vist seg være en egnet metode i tilsvarende studier (K. Malterud, Mæland, & Ursin, 2010; Nilsing et al., 2013; Wihlman et al., 2008). Metodelitteraturen beskriver også fokusgrupper som en hensiktsmessig metode dersom man ønsker å studere erfaringer, holdninger og synspunkter (Jacobsen, 2015, s. 160; Kirsti Malterud, 2012a, s. 22).

Fordi jeg i denne studien nettopp har vært opptatt av å studere ulike aktørers erfaringer, så har jeg valgt å bruke fokusgrupper som forskningsmetode. Jeg vil nedenfor gjøre rede for hva fokusgrupper er, samt si noe om fordeler og ulemper med denne metoden fremfor andre kvalitative metoder.

3.2 Fokusgrupper

Morgan (1997) beskriver fokusgrupper som «a research technique that collects data through group interaction on a topic determined by the researcher, In essence, it is the researcher's interest that provides the focus, whereas the data themselves come from the group interaction» (Morgan, 1997, s. 6).

Selv om det finnes mange ulike definisjoner av hva en fokusgruppe er, så har jeg tatt utgangspunkt i Morgan sin definisjon fordi denne samsvarer godt med hvordan fokusgrupper ellers beskrives i metodelitteraturen. Gjennom fokusgrupper tilbys et rikt datamateriale hvor respondentene beskriver tanker, følelser og inntrykk (Stewart, Rook, & Shamdasani, 2007, s. 163), og det er interaksjonen i gruppa som avgjør hvordan gruppediskusjonen flyter og hvilke data jeg som forsker får. Gjennom fokusgrupper så får det enkelte individ presentert sitt synspunkt, og de må argumentere for dette gjennom en diskusjon med de andre gruppedeltakerne. Gruppeprosessen kan også hjelpe mennesker til å undersøke og klargjøre eget synspunkt eller bidra til at synspunkter utvikles og redefineres. I individuelle intervju har slike prosesser en tendens til å bli mindre tilgjengelig (Liamputtong, 2010, s. 65).

I følge metodelitteraturen så kan fokusgrupper også være godt egnet når vi ønsker gruppesynspunkter og ikke bare individuelle synspunkter (Jacobsen, 2015, s. 160). Selv om det er enkeltmenneskers erfaringer som kommer frem i et fokusgruppeintervju, så kan disse ikke sees isolert fra gruppen de representerer. Enkeltindividets erfaringer kan være formet av deltakelse i en gruppe, tilhørighet til profesjon o.l., og gruppesynspunktene blir derfor også viktig å ta i betraktning når man senere skal analysere intervjuene. Da jeg i denne undersøkelsen er opptatt av de ulike gruppenes perspektiver, så mener jeg at fokusgruppeintervjuer vil kunne være godt egnet til å belyse dette.

Jeg har valgt fokusgrupper fremfor individuelle intervjuer av flere årsaker. For det første så gir fokusgrupper muligheten for et rikere datamateriale sammenlignet

med individuelle intervjuer. Man kan få en annen forståelse nettopp fordi det er interaksjonen mellom respondentene i gruppa som skaper dataene (Kitzinger, 1994, s. 109). Videre har jeg ønsket å skape en mer uformell setting i intervjusituasjonen slik at respondentene slapper mer av og kanskje er mer åpne og spontane i kommunikasjonen. Individuelle intervjuer er ofte mer strukturert (Khan & Manderson, 1992, s. 57), og det argumenteres for at samspillet i gruppa kan få fram flere spontane og emosjonelle synspunkter enn det som er mulig å få til i det individuelle intervjuet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 206).

Med bakgrunn i forskningsspørsmålene er det dessuten mange ulike grupperinger av aktører som er aktuelle som respondenter. Ved å benytte meg av fokusgrupper så får jeg samlet inn data fra mange respondenter samtidig, og jeg får større datamateriale å trekke konklusjoner fra ved å benytte denne metoden sammenlignet med individuelle intervju. Fordi dette er en masteravhandling som gjennomføres i tillegg til fulltids jobb så er det noe begrenset hvor mange intervjuer det hadde vært mulig for meg å gjennomføre.

I prosessen med å ta stilling til metode, så har jeg også vurdert om observasjon kunne være en hensiktsmessig metode å benytte i denne undersøkelsen. Med bakgrunn i forskningsspørsmålene så har jeg funnet observasjon lite egnet som en selvstendig metode for denne undersøkelsen, da jeg mener metoden alene ikke vil kunne belyse det jeg ønsker å undersøke. Bruk av fokusgruppeintervju vil kunne gi bedre data fordi jeg som forsker får anledning til å styre datainnsamlingen i større grad ved å stille konkrete spørsmål om det jeg ønsker å vite mer om, noe som ikke er mulig ved observasjon (Morgan, 1997, s. 13).

Det jeg går glipp av ved å bruke fokusgruppe som metode er muligheten til å få inngående kunnskap om erfaringene til den enkelte respondent. En svakhet med fokusgruppeintervjuer er at det ikke er like lett å vite om utsagn som kommer fra en respondent er noe hele gruppen står inne for, eller om det kun er representativt for respondenten som kommer med ytringen (Barbour, 2018, s. 133). Dette kunne muligens individuelle intervjuer avdekket på en bedre måte.

3.2.1 Rekruttering av respondenter

Ved rekruttering av respondenter så har det vært viktig for meg å plukke ut personer som best kan belyse det jeg ønsker å få svar på. Dette er i tråd med

«purposeful sampling», det vil si selektivt utplukk, for å finne individer som kan mye om temaet (Kirsti Malterud, 2012a, s. 42). I og med at det er erfaringene til arbeidsgivere, sykmeldere og veiledere i NAV jeg ønsker å vite mer om, så har det vært naturlig å konsentrere seg om representanter for disse gruppene i arbeidet med rekruttering av respondenter.

Utgangspunktet var å intervjuere ledere med personalansvar, veiledere i NAV som følger opp sykmeldte og fastleger. Et krav for utplukk var at alle respondentene måtte ha erfaring med sykefraværsoppfølging eller med å utstede sykmeldinger. For å få variasjon i utvalget satte jeg også kriterier om forskjellige kjønn, forskjellig alder og at alle respondentene måtte snakke norsk eller skandinavisk slik at ikke språkproblemer skulle bli et hinder for god interaksjon mellom respondentene i gruppa.

Før jeg redegjør for hvordan utplukket foregikk, så vil jeg si noe om bakgrunnen for hvorfor de aktuelle respondentene ble valgt. Den opprinnelige planen var å studere hvorvidt samhandlingen mellom aktørene opplevdes ulikt avhengig av om NAV og arbeidsgivere jobbet virksomhetsrettet¹ eller tradisjonelt².

Utgangspunktet var derfor å undersøke om organisasjonsform hadde betydning for hvordan aktørene opplevde samhandlingen, og gruppene ble satt sammen på bakgrunn av dette designet. Etter å ha samlet inn data gjennom fokusgruppeintervjuene så fikk jeg større innsikt i hva aktørene var opptatt av i samhandlingen, og funnene i datamaterialet viste at organisasjonsform ikke var så viktig som først antatt. På bakgrunn av dette endret jeg design og forskningsspørsmål underveis i undersøkelsen. Jeg ser imidlertid at utvalget med å intervjuer både ansatte i NAV og arbeidsgivere knyttet til ulike organisasjonsformer uansett har bidratt til å gi et rikt og variert utvalg i respondenter, og at nettopp variasjonen i utvalget kan bidra til å styrke de dataene som er samlet inn.

Da jeg startet prosessen med å velge ut respondenter tok jeg utgangspunkt i ett fylke. Alle respondentene, både leger, arbeidsgivere og ansatte i NAV har således

¹ Når NAV jobber virksomhetsrettet så innebærer dette at NAV har etablert og formalisert samarbeid med utvalgte arbeidsgivere, med mål om at tett samarbeid skal bidra til å få ned sykefraværet (min def.).

² Å jobbe tradisjonelt innebærer at det ikke er etablert noe formelt samarbeid med konkrete arbeidsgivere, men at veiledere i NAV følger opp sykmeldte med utgangspunkt i den sykmeldte sin fødselsdato (min def.).

tilhold i samme fylke. Arbeidsgiverne og NAV er i tillegg tilhørende i samme kommune, mens legene representerer flere ulike kommuner innenfor det samme fylket.

I rekrutteringen av arbeidsgivere så fikk jeg bistand fra Arbeidslivssenteret i det aktuelle fylket. Jeg ønsket å intervjuere ledere i store virksomheter, slik at jeg sikret å finne respondenter som har erfaring med sykefravær blant egne ansatte. Gjennom Arbeidslivssenteret fikk jeg hjelp til å komme i kontakt med en virksomhet som hadde jobbet i tett samarbeid med NAV gjennom virksomhetsorganisering, og denne virksomheten sa seg villig til å delta i undersøkelsen. I tillegg fikk jeg tips om andre arbeidsgivere som kunne være aktuelle å kontakte i det aktuelle fylket som ikke hadde hatt noe spesielt samarbeid med NAV utover at de var en IA-bedrift og hadde en egen IA-kontakt. Jeg pekte meg ut noen store arbeidsgivere hvor jeg antok at det var flere avdelinger og ledere som kunne være aktuelle å intervjuere sammen, og fikk raskt positiv tilbakemelding på dette. Jeg endte opp med en stor privat virksomhet, som selv valgte ut respondenter på bakgrunn av mine kriterier.

Kontakten med NAV-kontoret gikk også via Arbeidslivssenteret i det aktuelle fylket. Jeg fikk gjennom dem en kontaktperson ved et lokalt NAV-kontor. Vedkommende tok på seg å sette sammen to fokusgrupper med ansatte i NAV, på bakgrunn av de kriteriene jeg hadde satt. Dette innebar en gruppe med veiledere fra NAV som jobbet virksomhetsrettet og en gruppe med ansatte i NAV som jobbet tradisjonelt.

Når det gjelder legene så innså jeg at det kunne bli en utfordring å rekruttere respondenter da disse er en travel gruppe som vanligvis får betalt for de oppgavene de påtar seg. Siden det ikke er vanlig i Norge å betale respondentene for tiden deres (Kirsti Malterud, 2012a, s. 53), og fordi jeg så det som urealistisk at jeg ville klare å samle flere leger til et gitt tidspunkt utenom deres arbeidstid, så fant jeg ut at det ville være mest hensiktsmessig å forsøke å få innpass i allerede eksisterende smågrupper for leger. Smågrupper er lokale legenettverk som finnes i de fleste kommuner i Norge. Disse gruppene møtes jevnlig med ulike tema på agendaen og legene får kurspoeng for å delta på disse møtene. Fordi det er krav om at legene jevnlig må tilegne seg et visst antall kurspoeng for å få lov til å

oppretholde en spesialist tittel (Legeforeningen, 2019), så antok jeg at smågruppemøter er noe legene i utgangspunktet ønsker å delta på og at det var mulighet for at mange ville stille opp dersom jeg fikk innpass i en slik gruppe.

For å etablere kontakt med legene så henvendte jeg meg til koordinerende rådgivende lege i NAV på fylkesnivå i det aktuelle fylket. Vedkommende ga meg kontaktopplysninger til en lege som var leder for en slik smågruppe, og dette ble starten på en lengre mailkorrespondanse med denne legen. Vedkommende ga meg først tilbakemelding på at det antakelig ville bli vanskelig å få leger til å delta fordi legene er selvstendig næringsdrivende aktører som er vant til at de får noe tilbake for det de bidrar med. Dessuten hadde min henvendelse blitt oppfattet som om jeg skulle samle både leger, arbeidsgivere og NAV i blandende grupper, noe kontaktpersonen mente ikke var realistisk å få til. Da vi fikk oppklart misforståelsen, og jeg fikk informert om at det var rene legegrupper jeg var interessert i og at jeg ønsket innpass i smågruppen til vedkommende, så fikk jeg klarsignal for å gjennomføre undersøkelsen. Fordi dette var en allerede etablert gruppe så hadde jeg ikke selv noen påvirkning på hvem som ble plukket ut som respondenter.

I arbeidet med rekruttering av respondenter så måtte jeg også ta stilling til hvor mange grupper jeg mente ville være nødvendig å gjennomføre for å sikre at jeg fikk svar på det jeg ønsket å belyse. Utgangspunktet var at jeg skulle gjennomføre fem fokusgruppeintervjuer. Det vil si to grupper med arbeidsgivere, to grupper med NAV-veiledere og en gruppe med leger. Jeg var imidlertid åpen for å gjennomføre flere fokusgruppeintervjuer dersom jeg så at dette ville bli nødvendig for å sikre tilstrekkelig data. Selv om jeg hadde noen begrensninger i forhold til tidsrammen for prosjektet, så tilstrebet jeg å forholde meg til metningsteori for å ta stilling til om det var tilstrekkelig med disse fem intervjuene. Med «metning» så menes at tilleggsinformasjon gjennom flere intervjuer ikke lenger vil generere ny forståelse (Liamputtong, 2010, s. 74). Etter å ha gjennomført alle fem intervjuene anså jeg det datamaterialet jeg hadde samlet inn som tilstrekkelig for det jeg ønsket å belyse, da jeg allerede etter intervjuene med arbeidsgivere og ansatte i NAV erfarte at det ikke kom mye ny informasjon. Det siste intervjuet, som var med legene, styrket også datamaterialet jeg allerede hadde samlet inn.

3.2.2 Gruppesammensetning

Sammensetningen av gruppen kan være avgjørende for hvilke data jeg som forsker vil sitte igjen med. I litteraturen gjøres det et skille mellom homogene og heterogene grupper, og begge sammensetningene kan fungere bra, avhengig av temaet som skal diskuteres (Kirsti Malterud, 2012a, s. 42; Morgan, 1997, s. 36). Når jeg skulle sette sammen fokusgrupper måtte jeg derfor vurdere hvilken sammensetning som best ville belyse det jeg ønsket å oppnå med forskningen (Morgan, 1997, s. 36).

Med homogene grupper så menes at deltakerne for eksempel har lik yrkesbakgrunn eller utdanning, det vil si at de er like i forhold til forskningsspørsmålet (Flick, 2015, s. 147). Målet er ikke at deltakerne skal være homogene i den forstand at de er enige i alt eller har de samme holdningene, men det er homogenitet i bakgrunn som er målet (Morgan, 1997, s. 36). Med heterogene grupper menes at man blander grupper med respondenter som for eksempel har ulik yrkesbakgrunn, ulik utdanning o.l. (Flick, 2015, s. 147).

I den innledende planleggingsfasen var jeg åpen for å benytte meg av både heterogene og homogene grupper. Med utgangspunkt i forskningsspørsmålet som var utarbeidet så kom jeg imidlertid fram til at homogene grupper nok ville egne seg best i forhold til hva jeg ønsket å oppnå med undersøkelsen. Årsaken til dette var at jeg ønsket å belyse ulike perspektiv sett fra ståstedet til de ulike aktørene som gruppe, og jeg vurderte at det ville være enklere å sammenligne gruppene dersom de bestod av respondenter fra samme «enhet» eller fra samme profesjon. Jeg satte derfor sammen gruppene slik at de bestod av enten arbeidsgivere, leger eller ansatte i NAV. I tillegg antok jeg at når respondentene er «like» i bakgrunn så vil dette kunne bidra til at de snakker mer åpent med hverandre, fordi den felles erfaringen de har kan gjøre at respondentene føler at de andre i gruppen kan forstå dem bedre (Liamputtong, 2010, s. 72).

Det hevdes imidlertid at også heterogene grupper kan egne seg godt til å få fram ulike perspektiver (Kitzinger, 1995, s. 300). Ved gjennomgang av forskning på feltet så oppdaget jeg at det var gjort forsøk med heterogene grupper i en tidligere norsk undersøkelse, hvor leger, arbeidsgivere og aktører fra NAV var representert. Konklusjonen fra denne undersøkelsen var at gruppene var preget av

posisjonering og markering seg i mellom, og at en heterogen sammensetning av gruppene svekket datamaterialet (K. Malterud et al., 2010, s. 37). Datamateriale som avdekker posisjonering og markering mellom deltakerne kan være relevante data i seg selv når man skal studere forholdet mellom grupper, men jeg vurderte at fokusgruppeintervju hvor dette er i fokus antakelig ikke ville bidra til å gi gode intervjudata. Som et observasjonsstudie ville derimot heterogene grupper kunne være godt egnet. Denne norske studien styrket derfor min vurdering av å benytte meg av homogene grupper.

Hvorvidt gruppene bør bestå av respondenter som er kjente eller ukjente for hverandre er også noe som diskuteres i metodelitteraturen (Liamputtong, 2010, s. 72; Merriam & Tisdell, 2016, s. 114; Morgan, 1997, s. 37). Dette kan ha stor betydning i forhold til kvaliteten på dataene som samles inn (Jacobsen, 2015, s. 163). Slik denne studien er lagt opp har det vært vanskelig å unngå at noen av respondentene kjenner hverandre, da gruppene er satt sammen på bakgrunn av at de tilhører samme arbeidsplass eller er knyttet til et nettverk slik legene er. I denne studien ser jeg det imidlertid som en fordel at aktørene kjenner hverandre. Fordi jeg kun skulle gjennomføre ett intervju med hver av gruppene, så ville det ikke vært tid til å etablere noe tillitsforhold mellom respondentene. Jeg vurderte at aktørenes kjennskap til hverandre kunne være den faktoren som ga trygghet i gruppa, og som ville bidra til en lett og fri diskusjon.

3.2.3 Gruppestørrelse

Før jeg kunne gå i gang med å rekruttere respondenter så måtte jeg også ta stilling til hvor mange respondenter det var behov for i hver gruppe. Dette fordi utvekslingen av synspunkter i gruppa kan være avhengig av gruppestørrelsen (Liamputtong, 2010, s. 73-74). I metodelitteraturen argumenteres det for at en gruppestørrelse på 5-12 deltakere er det optimale (Jacobsen, 2015, s. 162; Liamputtong, 2010, s. 73).

Jeg valgte å ta utgangspunkt i en gruppestørrelse på 4-6 respondenter. Årsaken til dette var at jeg ikke ønsket for store grupper, i frykt for at det skulle bli vanskelig for noen respondenter å få ordet i diskusjonen og på den måten bli inaktive. Videre ønsket jeg å unngå at det skulle oppstå parallelle diskusjoner i gruppa, noe som kan skje dersom gruppa blir for stor. Det kunne i så fall bli vanskelig å lede

gruppa. Jeg så også for meg noen utfordringer med en gruppe bestående av mindre enn fire respondenter. Dersom noen av respondentene viste seg å ha liten grad av involvering, så kunne det bli vanskelig å få fri flyt i diskusjonen. Liten grad av involvering ville kunne føre til at en eller to personer dominerer i gruppa, noe som ville kunne gå ut over utvekslingen av synspunkter. I så fall ville jeg kunne fått et svekket datamateriale.

I og med at jeg ikke selv plukket ut respondentene som skulle delta, så ble imidlertid ikke gruppene helt slik jeg i utgangspunktet hadde sett for meg. Jeg mener allikevel at jeg har fått et bredt og nyansert datamateriale som kan bidra til å belyse forskningsspørsmålene. I NAV-gruppene så møtte henholdsvis fem og seks respondenter i hver gruppe. Hos den ene arbeidsgiveren møtte det opp fire personer, hos den andre arbeidsgiveren møtte det opp tre personer. Når det gjelder smågruppen med leger, så hadde jeg i den innledende kontakten en forståelse av at smågruppen bestod av noen få leger slik at gruppestørrelsen ville bli i tråd med det antallet respondenter jeg hadde sett for meg. Fordi det var vanskelig for kontaktpersonen å anslå hvor mange som vil dukke opp til intervjuet, så var jeg uvitende om hvor stor gruppen ville bli helt frem til intervjuet startet. Det viste seg imidlertid at smågruppen bestod av ganske så mange leger, og det møtte i alt 11 leger opp til fokusgruppeintervjuet.

Når det gjelder kriteriene om variasjon i kjønn og alder så viste det seg å være vanskelig å få dette jevnt fordelt, da dette var avhengig av hvordan kjønnsfordelingen i utgangspunktet var representert på de aktuelle arbeidsplassene. Både NAV og de to arbeidsgiverne er såkalte kvinnedominerte arbeidsplasser. I legegruppen var det en overvekt av menn, uten at jeg kjenner til hvorvidt dette representerer legestanden som sådan. De ulike gruppene vil bli nærmere presentert nedenfor.

3.2.4 Presentasjon av respondenter

Arbeidsgiver 1

Arbeidsgiver 1 er en enhet innenfor hjemmesykepleien i en relativt stor kommune. Enheten hadde i ca. 1 1/2 år jobbet sammen i virksomhetsteam med det lokale NAV-kontoret i kommunen og NAV Arbeidslivssenter da jeg gjennomførte intervjuet. Det var tre respondenter som deltok, alle var kvinner og utdannet

sykepleiere. Alle tre respondentene er ledere for hver sin avdeling og har personalansvar for egne medarbeidere. Bedriften er en IA-bedrift.

Arbeidsgiver 2

Arbeidsgiver 2 er en stor privat arbeidsgiver i samme kommune som arbeidsgiver 1, og jobber innenfor matindustrien. Det var fire respondenter som deltok, hvorav to er ledere med personalansvar, en ansatt i Bedriftshelsetjenesten og en hovedtillitsvalgt som også har jobbet mye med sykefravær i bedriften. Det var to menn og to kvinner med ulik utdanningsbakgrunn, og de hadde jobbet i bedriften fra 4 år til 28 år. Bedriften er en IA-bedrift, men har ikke hatt noe systematisk samarbeid med NAV.

NAV gruppe 1

NAV-gruppe 1 bestod av veiledere som jobber sammen med arbeidsgiver 1 i et virksomhetsteam. Virksomhetsteamet består av tre representanter fra NAV Arbeidslivssenter og tre representanter fra NAV-kontor. Av de seks respondentene så var det 1 mann og 5 kvinner. Respondentene hadde jobbet i NAV i alt fra 4 år til 25 år. Utdanningsbakgrunn varierte, fra helseutdanning til akademisk utdanning og alle hadde varierende erfaring utenfor NAV.

NAV gruppe 2

NAV gruppe 2 bestod av til sammen seks veiledere fra NAV-kontor som jobber på tradisjonell måte, det vil si at de følger opp de sakene på bakgrunn av den sykmeldtes fødselsdato. De er ikke knyttet til samarbeid med noen spesielle arbeidsgivere. Respondentene bestod av 1 mann og 5 kvinner. Det var et stort spenn i hvor lenge respondentene hadde jobbet i NAV, alt fra under ett år til 30 år. Det var stor variasjon i utdanningsbakgrunn, alt fra videregående skole til utdanning på høyskolenivå. Aldersspenn var fra 24 år til 60 år.

Legene

I alt 11 leger deltok i intervjuet. Det var fire kvinner og syv menn. Det var stor variasjon i både alder og yrkeserfaring, men alle legene var svært erfarne og flere var spesialister. Den med minst erfaring hadde jobbet som fastlege i 10 år.

3.2.5 Gjennomføring av intervjuene

Før jeg startet å finne kandidater så tenkte jeg over hvilke logistikkmessige utfordringer som kunne oppstå i forbindelse med gjennomføring av intervjuene. Jeg forstod at det kunne være vanskelig å rekruttere respondenter dersom de måtte reise langt for å delta i undersøkelsen, og jeg ønsket derfor å bidra til at det ble få praktiske hindringer for å delta. Intervjuet med de ansatte i NAV foregikk derfor på det lokale NAV-kontoret hvor de ansatte som deltok i studien jobbet. Da jeg skulle intervju arbeidsgiverne så reiste jeg ut på deres arbeidsplass for å gjennomføre disse intervjuene, og intervjuet med legene ble gjennomført på et legekontor i fylket hvor smågruppen møtes til vanlig. Gjennomføringen av intervjuene foregikk således i en så naturlig setting som mulig.

Før intervjuet startet fikk alle respondentene utdelt papir og penn slik at de kunne lage sitt eget navneskilt som ble plassert foran dem på bordet. På denne måten ble det lettere for meg som moderator å henvende meg direkte til respondentene med navn under intervjuet. I tillegg fikk jeg tillatelse av NSD til å ta bilde av respondentene sammen med navneskiltet, forutsatt at respondentene samtykket skriftlig i dette. På denne måten ble det enkelt for meg å identifisere deltakerne på lydopptaket når intervjuene senere skulle transkriberes.

Som moderator forsøkte jeg å fremme en atmosfære som åpnet for gode diskusjoner. Jeg begynte med å presentere meg selv og var åpen om at jeg selv var ansatt i NAV. Jeg presiserte imidlertid at jeg gjennomførte intervjuene som student ved Høgskolen i Østfold, og ikke som representant for NAV. Det ble videre presisert at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst fra undersøkelsen. Jeg informerte om at min rolle var å lede diskusjonen og passe på at vi overholdt tidsrammen som var satt. De ble videre informert om temaet for diskusjonen, og viktigheten av at alle bidro til en god diskusjon.

Alle respondentene mulighet til å presentere seg selv. De ble oppfordret til å si noe om egen bakgrunn, utdanning, erfaring, hvor lenge de hadde vært ansatt i NAV eller hos arbeidsgiver, slik at dette eventuelt kunne brukes som nyttig bakgrunnsinformasjon når jeg senere skulle analysere intervjuene. I tillegg til at informasjonen om den enkelte var nyttig for senere analyse, så var tanken med en slik presentasjon også at den kunne fungere som en «ice-breaker».

Det var fin flyt i alle intervjuene både med NAV og arbeidsgiverne, så gruppestørrelsen fungerte bra enten det var tre eller seks respondenter i gruppen. På tross av at det var flere respondenter i legegruppen enn jeg i utgangspunktet hadde sett for meg, så fungerte interaksjonen i gruppen veldig fint. Det kunne imidlertid være vanskelig noen ganger å styre diskusjonen da flere av legene var veldig ivrige etter å ta ordet. Det var derfor viktig som moderator å sørge for at alle fikk si det de hadde på hjertet. Jeg tilstrebet forøvrig å ha en tilbaketrukket rolle under alle intervjuene og forsøkte å være så nøytral som mulig.

Intervjuene varte i gjennomsnitt 90 minutter, og alle intervjuene ble tatt opp med lydopptak.

3.2.6 Intervjuguide

Ved utforming av intervjuguide så tok jeg utgangspunkt i de barrierene som er avdekket i internasjonal forskning, som jeg har referert til i kapittel 2.2.

I all hovedsak holdt meg til intervjuguiden. Kun ved ett tilfelle stilte jeg ett spørsmål som ikke fremgikk av intervjuguiden. I intervjuet med legene, som var det siste av alle intervjuene, så ble legene presentert for et utsagn fra en av arbeidsgiverne jeg hadde intervjuet. Dette fordi jeg med tanke på oppgavens tema ønsket å få legenes perspektiv på utsagnet til arbeidsgiveren. Det er referert til dette under pkt 4.3.4.

Hele intervjuguiden ligger som vedlegg.

3.3 Transkribering

Alle intervjuene ble transkribert fortløpende etter at intervjuene var gjennomført. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, for slik å få større oversikt over materialet. For å ivareta respondentenes anonymitet har jeg gjengitt intervjuene på bokmål, og jeg har fjernet ord og sitater som kan bidra til å identifisere respondentene. Dette er markert med xxx i det transkriberte materialet. Jeg har forsøkt på best mulig måte å gjengi både sitater og stemningen i intervjuene ved å ta med alle småord, pauser og latter.

I presentasjon av funnene benytter jeg meg av flere sitater fra respondentene, og jeg ser det som hensiktsmessig å forklare litt rundt tegnsetting. For å markere pauser har jeg brukt 3 punktum. Dersom sitatet er en del av et lengre sitat har jeg

brukt tegnet (...) for å markere at respondentene har uttalt noe i forkant eller i etterkant av sitatet som er gjengitt.

3.4 Analyse

Etter å ha transkribert materialet fra alle fem intervjuene satt jeg igjen med 167 sider med data som jeg måtte bearbeide.

Som et analytisk rammeverk så startet jeg analyseringen med utgangspunkt i Malterud (2012) sin strategi for tekstanalyse som hun kaller for systematisk tekstkondensering (Kirsti Malterud, 2012b). Etter den innledende fasen med åpen koding satt jeg igjen med 43 forskjellige koder eller meningsbærende enheter som jeg mente kunne bidra til å belyse forskningsspørsmålene, og det ble behov for å samle disse kodene i større kodegrupper eller kategorier. Jeg var opptatt av at alle kategoriene som ble opprettet skulle være fundert i datamaterialet jeg hadde samlet inn, og jeg passet på at alle kategoriene som ble opprettet var relevante for minst to enheter på tvers.

Det var spesielle temaer som var gjentakende i de ulike gruppene, og jeg forsøkte derfor å kategorisere de forskjellige kodegruppene i overordnede temaer. Jeg laget meg en oversikt hvor temaer ble plassert i den vannrette linjen, og de ulike enhetene i den loddrette linjen. Jeg tilordnet deretter de ulike enhetenes utsagn inn i de forskjellige temagruppene, slik at det kunne være mulig å sammenligne på tvers av enheter.

I prosessen ble de opprinnelige kodene flyttet rundt i de ulike temagruppene. Noen kategorier ble slettet og nye oppstod. Etter å ha bearbeidet og organisert materialet gjennom å skifte mellom å se på deler og helhet så ble antall temaer redusert til 13, før jeg til slutt endte opp med 6 hovedtemaer. Flere av de opprinnelige kategoriene var nå blitt til underkategorier. Dette var en prosess hvor jeg gikk fram og tilbake mellom å fortolke deler av teksten og se denne på ny i relasjon til helheten (Flick, 2015, s. 168), med det mål om at dette gradvis skulle gi meg en dypere forståelse. Brinkmann og Kvale (2015) kaller dette for den hermeneutiske spiral eller sirkel (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 275).

Den hermeneutiske tilnæringsprosessen innebærer at jeg som forsker må sette meg inn i respondentenes egen fortolkning av fenomenene, og at alt må forstås i

sin spesifikke kontekst. Det epistemologiske utgangspunktet er at det er ikke er en objektiv sannhet jeg gjengir når jeg senere presenterer funnene, men heller ulike forståelser av virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 27-28).

Jeg oppdaget at de kategoriene jeg til slutt endte opp med var på ulike nivåer, og det ble derfor behov for å dele kategoriene inn i to grupper. Den ene kategorigruppen viste til hvilke barrierer som var avdekket, mens den andre kategorigruppen handlet om hvilke konsekvenser barrierene viste seg å ha for samhandlingen mellom aktørene. Presentasjonen av funnene i kapittel 4 er derfor også todelt.

Når man skal analysere datamateriale fra fokusgruppeintervju, så er det vanligvis innholdet av diskusjonen i gruppa som organiseres, tolkes og omformes til tekst (Kirsti Malterud, 2012a, s. 105). I den ferdige rapporten så er det ikke alltid like lett å vite om en uttalelse kan knyttes kun til enkeltindivid eller å få øye på gruppedynamikken som ledet fram til en uttalelse (Barbour, 2018, s. 133). På bakgrunn av dette så argumenteres det for at analysen av fokusgruppeintervjuer har en såkalt «blind flekk», fordi det ikke er så lett å få øye på den gruppediskusjonen og konteksten som har ledet fram til funnene som blir presentert i den ferdige rapporten. Det er imidlertid mer vanlig å rette fokuset mot innhold enn mot selve prosessen (Barbour, 2018, s. 147; Kirsti Malterud, 2012a, s. 105), og det hevdes at det heller ikke alltid er nødvendig å analysere interaksjonen i gruppa (Barbour, 2018, s. 147).

Jeg har også i større grad rettet fokuset mot innholdet i diskusjonen enn mot selve prosessen. Dette medfører at det heller ikke i denne undersøkelsen alltid vil være lett å få øye på gruppeprosessen og dynamikken som ledet fram til uttalelsene. Jeg har allikevel forsøkt å finne en balanse mellom innhold og prosess, i den forstand at jeg har vært bevisst på å trekke fram de uttalelsene som i størst mulig grad reflekterer diskusjonen i gruppa og det respondentene har vært opptatt av. Jeg har også etter beste evne forsøkt å være tro mot de data som er samlet inn slik at disse kommer fram med utgangspunkt i den konteksten de oppstod.

Jeg har videre forsøkt å ha en åpen og induktiv tilnærming til datamaterialet. Dette innebærer at jeg ikke tok utgangspunkt i noen spesiell teori da jeg startet analyseringen. I stedet lot jeg dataene bestemme retningen og lede meg mot teori

som kunne være aktuell når jeg senere skulle forklare funnene. Det var hele tiden forskningsspørsmålene som var utgangspunktet i arbeidet med analyseringen.

Det er ingen klar inndeling med analyse, resultater og diskusjon i presentasjonen av funnene. Jeg har valgt å integrere de ulike delene i samme kapittel slik at dette blir presentert fortløpende i teksten. Jeg avslutter imidlertid med et eget kapittel hvor jeg ser funnene fra undersøkelsen opp mot de overordnede føringene for inkluderingspolitikken. Dette innebærer at funnene blir drøftet med utgangspunkt i det teoretiske grunnlaget for avhandlingen i kapittel 4, mens jeg avslutningsvis i kapittel 5 forsøker å belyse funnene med utgangspunkt i situasjonen i Norge og de politiske føringene på feltet.

3.5 Metodiske refleksjoner

3.5.1 Å forske på eget praksisfelt

Før jeg presenterer funnene fra undersøkelsen så vil jeg redegjøre for mitt eget ståsted i forhold til de enhetene jeg har undersøkt. Dette fordi det kan være viktig for undersøkelsens troverdighet knyttet til de dataene jeg har samlet inn og fortolket.

Jeg jobber som avdelingsleder på et NAV-kontor i en stor kommune i Norge, og leder en avdeling som jobber med sykefraværsoppfølging. Dette innebærer at jeg kjenner godt til det praksisfeltet som er gjenstand for denne undersøkelsen. I den internasjonale litteraturen omtales dette som «innsider research».

Brannick and Coghlan (2007) definerer innsider research som «research by complete members of organizational systems and communities in and on their own organizations» (Brannick & Coghlan, 2007, s. 59). Med utgangspunkt i denne definisjonen så fyller kanskje ikke denne undersøkelsen alle kriteriene i forhold til å forske på egen organisasjon fordi jeg kun er fullt medlem av en av organisasjonene som omfattes av undersøkelsen. Jeg representerer således kun ett av perspektivene og har derfor begrenset innsikt og forståelse.

På tross av dette så kommer jeg ikke utenom at jeg forsker på eget praksisfelt. Dette innebærer at jeg har med meg noen erfaringer også når det gjelder samhandling med de andre aktørene som deltar i undersøkelsen. Det blir derfor relevant for meg å vurdere hvordan min kjennskap til feltet kan påvirke forskerrollen og undersøkelsens reliabilitet og validitet.

I metodelitteraturen er det skrevet en del om å forske på egen organisasjon, og at det er både fordeler og ulemper knyttet til dette. Jeg opplever at min kjennskap til feltet kan ha bidratt til at jeg enkelt har kunnet sette meg inn i begreper som respondenter har brukt, og at jeg har kunnet forstå konteksten hvor uttalelser har blitt presentert nettopp fordi jeg kjenner historikken og praksisfeltet. Fordi jeg har hatt en kanal inn i NAV så kan det kanskje også ha vært lettere for meg å komme i kontakt med respondenter som kan mye om temaet, noe som er viktig for undersøkelsens troverdighet.

Det finnes imidlertid noen fallgruver ved å forske på eget praksisfelt, og det er viktig å være bevisst på disse. Jeg har antakelig med meg noen førforståelser både om egen organisasjon og om de andre enhetene som deltar i undersøkelsen. Dette kan bidra til at jeg har en forutinntatt holdning til hvordan ting er, og det kan være at noen ting forblir usett fordi jeg er trent opp til ikke å se dem (Jacobsen, 2015, s. 57). Fordi jeg er så tett på egen organisasjon og på praksisfeltet, så kan det være vanskelig å innta et fugleperspektiv og være objektiv som forsker. Jeg kan ha noen innarbeidede holdninger som preger både planleggingen og gjennomføringen av undersøkelsen, og påfølgende tolkning av datamaterialet.

Det hevdes at den rene forskerrollen er en fiksjon, da det er vanskelig å distansere seg helt fra eget ståsted (Repstad & Nielsen, 2004, s. 235). Jeg har imidlertid forsøkt å gjøre noen grep for å distansere meg fra egen førforståelse. For det første så har det vært viktig for meg å gjennomføre undersøkelsen utenfor det fylket hvor jeg selv jobber. Dette innebærer at jeg ikke kjenner verken til fylket jeg beveger meg inn i eller de aktørene som er involvert i undersøkelsen. Jeg har derfor ingen bindinger til noen av respondentene eller organisasjonene som deltar.

Fordi beskrivelsen av den hermeneutiske prosess er et idealbilde (Repstad, 2007, s. 121), så har det vært viktig at jeg som forsker hele tiden har vært bevisst egne forutsetninger for at det ikke skulle oppstå skjevheter underveis i tolkningsprosessen. Jeg tok derfor utgangspunkt i internasjonal forskning på feltet da jeg startet arbeidet med problemstilling og forskningsspørsmål, slik at min førforståelse og mine antakelser i minst mulig grad skulle prege utformingen. Funnene fra internasjonal forskning lå også til grunn i arbeidet med intervjuguiden. For å sikre at min egen førforståelse heller ikke skulle prege

tolkningene av funnene i for stor grad, så var jeg i tolkningsprosessen av dataene oppmerksom på å lete etter alternative forklaringer på de funnene som ble avdekket. I tillegg har jeg brukt mye sitater i presentasjonen av funnene. Dette fordi jeg opplever at det gir en bedre beskrivelse av dataene enn om jeg selv skulle omformulere respondentenes uttalelser. Datamaterialet blir på denne måten mest mulig korrekt formidlet. Jeg har imidlertid vært nøye på å ikke ta sitatene ut av den konteksten de ble framsatt.

Før jeg startet gjennomføringen av undersøkelsen så vurderte jeg hvorvidt det kunne ha noen påvirkning på respondentene at jeg som leder i NAV skulle gå inn i forskerrollen på eget praksisfelt. Selv om jeg ikke hadde noen kjennskap til veilederne fra NAV som deltok i undersøkelsen, så vurderte jeg at min lederrolle kunne ha betydning for deres deltakelse ved at de kunne se meg som en som en representant for ledelsen i NAV. I så fall ville dette kunne medføre at informasjon kunne bli holdt tilbake. Videre var jeg redd for at legene og arbeidsgiverne skulle se på meg som partisk, slik at de skulle bli skeptisk til undersøkelsen (Jacobsen, 2015, s. 57). Det var derfor viktig for meg i intervjuene å presisere at jeg gjennomførte undersøkelsen som student ved Høgskolen i Østfold, og at jeg ikke representerte NAV. På tross av denne presiseringen så oppfattet jeg at spesielt legene og arbeidsgiverne allikevel så på meg som en representant for NAV i intervjusituasjonen. Dette ble tydelig ved at en lege ved ett tilfelle henvendte seg til meg og spøkefullt kommenterte at «dette kan du ordne opp i når du kommer tilbake på kontoret», referert til en utfordring i samhandlingen mellom aktørene, eller når arbeidsgiver snakket til meg i «dere»-form når vedkommende snakket om NAV. Jeg fikk imidlertid ikke på noe tidspunkt inntrykk av at det var noen som var skeptisk til meg eller at noen holdt informasjon tilbake som følge av min bakgrunn. Det var derimot god flyt i diskusjonen i alle fokusgruppene, og de var slik jeg opplevde det preget av åpenhet og tillit.

3.5.2 Etikk

Både før man starter en undersøkelse og underveis i undersøkelsen så er det en rekke etiske avveininger man må gjøre som forsker (Jacobsen, 2015, s. 45). Fordi etikk er innlemmet i alle faser av en undersøkelse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 105), så hviler troverdigheten til undersøkelsen til syvende og sist på de etiske vurderingene forskeren har gjort underveis (Merriam & Tisdell, 2016, s. 261).

Det finnes noen grunnleggende etiske krav knyttet til forholdet mellom forsker og den det forskes på. Dette er krav til *informert samtykke*, *krav på privatliv* og *krav på å bli korrekt gjengitt*. Med informert samtykke menes at det skal være frivillig å delta og man må være i stand til å samtykke. I tillegg skal den det forskes på ha fått informasjon om hensikten med undersøkelsen og hva det innebærer å delta. Krav på privatliv innebærer at forskeren må ta stilling til hvor følsomme spørsmålene som stilles er, og sikre at privatlivet til den som undersøkes blir ivaretatt. Å sikre privatlivet innebærer også at forskeren må sikre at anonymiteten til den som undersøkes blir ivaretatt, slik at utenforstående ikke klarer å koble personer til datamaterialet. Til slutt er det krav om at den som undersøkes skal bli riktig gjengitt. Dette innebærer at funnene fra undersøkelsen ikke skal tas ut av sin sammenheng eller at forskeren forsøker å jukse med data for å få resultatene til å se bedre ut (Jacobsen, 2015, s. 46-53).

Allerede da jeg begynte planleggingen av designet var det noen etiske vurderinger jeg måtte tenke gjennom. Som jeg har redegjort for over så har jeg forsket på eget praksisfelt, og noe av det jeg måtte tenke over var om min bakgrunn som ansatt i NAV ville kunne påvirke respondentene på noe vis og dermed også undersøkelsens troverdighet. Jeg var innledningsvis i tvil om det var riktig av meg å informere om at jeg selv var ansatt i NAV, og om jeg eventuelt ville få andre data dersom jeg ikke informerte om dette. Jeg vurderte imidlertid at nytten av å holde disse opplysningene tilbake ikke ville være så stor at det veide opp for det etiske aspektet ved å holde tilbake informasjon. Undersøkelsen ble derfor gjennomført med full åpenhet rundt min bakgrunn.

I forkant av undersøkelsen fikk alle respondentene tilsendt samtykkeskjema hvor det fremgikk informasjon om undersøkelsens hensikt, hvordan personopplysningene skulle behandles og informasjon om at det var frivillig å delta. Alle respondentene som har deltatt i undersøkelsen har skrevet under på samtykkeskjemaet. Fordi respondentene ble plukket ut enten av sine ledere eller av lederen for smågruppa for leger, så var det vanskelig for meg å vite i hvilken grad respondentene faktisk deltok frivillig eller om noen følte seg tvungent til å delta. Det var derfor viktig for meg å starte intervjuene med å informere om at det var frivillig å delta og at de kunne trekke seg når som helst i intervjuet. Det var

ingen som trakk seg, og jeg fikk aldri inntrykk av at noen hadde motvilje til å delta.

Jeg har ikke vurdert opplysningene i denne undersøkelsen til å være spesielt sensitiv informasjon. Jeg har allikevel etter beste evne forsøkt å behandle datamaterialet med den største respekt. Alle intervjuene ble tatt opp på separate opptakere og lagret som krypterte lydfiler på datamaskin. I tillegg har datamaskinen vært beskyttet med passord. For å sikre konfidensialitet ytterligere så brukte jeg en analog koblingsnøkkel til datamaterialet. Dette innebærer at personopplysninger ikke har vært lagret digitalt, men skrevet for hånd og vært innelåst i et skap, slik at uvedkommende ikke skulle få mulighet til å koble personopplysninger til datamaterialet. I presentasjonen av funnene har jeg videre anonymisert både kommunen og fylket hvor undersøkelsen ble gjennomført, for å hindre identifisering av respondentene. Jeg har videre utelatt informasjon om respondentenes bakgrunn samt sitater som kunne bidra til identifisering.

Denne avhandlingen ikke er skrevet på oppdrag for noen arbeidsgiver. Jeg opplever å ha tilnærmet meg datamaterialet på en ærlig og samvittighetsfull måte, og har ikke hatt noen interesse eller ønske om å presentere noen av gruppene mer eller mindre fordelaktig.

Prosjektet ble meldt til Norsk senter for forskningsdata, og ble godkjent, i forkant av undersøkelsen.

3.5.3 Reliabilitet og validitet

Gode undersøkelser må være valide og reliable (Jacobsen, 2015, s. 351).

Validitet handler om sannheten, riktigheten og styrken av et utsagn, og en valid eller gyldig slutning må være korrekt utledet av sine premisser. Validitet handler også om hvorvidt en metode undersøker det den har sagt at den skal undersøke.

En kvalitativ forskning er ugyldig hvis den ikke måler det den skal måle (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 318).

Gyldigheten kan deles inn i to grupper; indre og ytre gyldighet (Jacobsen, 2015, s. 351). Den indre gyldigheten handler om hvorvidt funnene fra forskningen matcher virkeligheten (Merriam & Tisdell, 2016, s. 248), og om resultatene oppfattes som riktige. Det må være samsvar mellom virkeligheten og forskerens beskrivelse av

virkeligheten (Jacobsen, 2015, s. 228). Den ytre validiteten er knyttet til i hvor stor grad funnene kan generaliseres fra utvalget i undersøkelsen til populasjonen generelt (Jacobsen, 2015, s. 351).

Når det gjelder den indre validiteten av studien så mener jeg denne styrkes ved at jeg har intervjuet kilder med førstehånds kjennskap til det jeg har ønsket å undersøke. Respondentene har god kunnskap om emnet. Det at jeg har intervjuet flere enheter med ulike ståsteder mener jeg også bidrar til å styrke den indre validiteten. Jeg opplevde at det å intervjuer aktører med ulike ståsteder gjorde at jeg fikk et bredt og nyansert datamateriale. Når jeg for eksempel hadde intervjuet veilederne i NAV, så kunne jeg bruke arbeidsgivernes og legenes beretninger til å enten bekrefte det veilederne allerede hadde fortalt, eller jeg kunne legge eventuelle nye opplysninger til allerede innsamlede data for å få et bredere perspektiv. Å belyse saken fra flere perspektiver mener jeg således har bidratt til å styrke datamaterialet som er samlet inn.

Den indre validiteten er også avhengig av hvorvidt jeg har gjengitt data riktig. Jeg har ærlig og samvittighetsfullt tilstrebet å gjengi data korrekt ved å presentere uttalelser slik jeg oppfattet at de var ment og ikke tatt dem ut av sammenheng. Jeg har således forsøkt å vise respondentene respekt ved å ta deres uttalelser på alvor. Det er imidlertid slik at dataene ikke snakker for seg selv, da det alltid vil være en som tolker datamaterialet (Merriam & Tisdell, 2016, s. 242). På tross av dette opplever jeg å ha lyktes i å formidle virkeligheten slik jeg oppfattet at respondentene ser den.

Fordi dette er en liten studie så vil det være vanskelig å konkludere med at den ytre validiteten er god. Utvalget er for lite til å kunne trekke slutninger om at funnene kan generaliseres til andre fylker. I hvilken grad funnene fra undersøkelsen kan generaliseres er også avhengig av reliabiliteten av undersøkelsen. Reliabilitet handler om troverdigheten av forskningsresultatene og hvorvidt et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter og av andre forskere. Man må vurdere om det er trekk ved selve undersøkelsen som har skapt de resultatene forskeren har kommet fram til (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 318).

Jeg kan ikke se at det er noen spesielle trekk ved selve undersøkelsen som har bidratt til å skape akkurat de resultatene jeg har kommet fram til. Så vidt jeg

kjenner til er det heller ingen forhold ved respondentene eller fylket jeg har undersøkt som skulle tilsi at funnene er mer reliable for akkurat disse respondentene eller dette fylket sammenlignet med andre. Jeg kan likevel ikke utelukke at funnene ville sett annerledes ut med andre respondenter eller i et annet fylke. Det er også mulig at datamaterialet ville kunne bli tolket annerledes av en forsker uten tilknytning til noen av enhetene som deltok i undersøkelsen, eller at respondentene ville gitt annen informasjon dersom en «ekstern» forsker hadde gjennomført undersøkelsen.

En måte å styrke validiteten av undersøkelsen er gjennom triangulering, det vil si å kombinere flere metoder, bruke flere datakilder, være flere forskere og bruke flere teorier til å belyse datamaterialet (Flick, 2015, s. 218; Merriam & Tisdell, 2016, s. 244). Dette har imidlertid ikke latt seg gjennomføre med den tidsrammen jeg har hatt for dette prosjektet. En svakhet med denne undersøkelsen er derfor at jeg har gjennomført den alene, transkribert den alene og tolket funnene alene. Jeg mener allikevel at jeg har klart å belyse problemstillingen og at jeg har fått adekvate svar på forskningsspørsmålene. Jeg opplever at både respondentene og jeg selv har hatt en ærlig tilnærming til det undersøkelsen er ment å undersøke, og at dette styrker validiteten og reliabiliteten av undersøkelsen.

4. Presentasjon av funn

Før jeg redegjør for funnene i denne undersøkelsen så ønsker jeg å plassere teorien som ble presentert kapittel 2 inn i en ramme hvor konteksten er sykefraværsoppfølging. Som presentert i teorikapittelet så viser Benson (1975) til at organisasjoner som besitter et domene har rett til å operere innenfor en bestemt sfære og definere riktig praksis innen denne sfæren (Benson, 1975, s. 232). Eksempler på domener i arbeidet med sykefraværsoppfølging kan for eksempel være at NAV besitter retten til å forvalte folketrygdloven, legenes domene er å behandle pasienter og arbeidsgivere har rett til å bestemme over alle forhold som angår styringsretten på en arbeidsplass.

Det argumenteres for at organisasjoner som har felles interessefelt, eller delvis overlappende domene, har størst sjanse for å lykkes med samarbeid (Thorelli, 1986, s. 40). Et slikt domene blir i organisasjonsteorien beskrevet som et interorganisatorisk domene. Det kan i denne sammenheng også betegnes som et

politisk domene, fordi private og offentlige aktører jobber sammen innenfor et politisk system (Milward, 1982, s. 464).

Figur 2 illustrerer med de mørke feltene hvordan NAV, arbeidsgivere og leger har delvis overlappende domene. Aktørene betjener den samme brukergruppen og har felles interesser i brukergruppen. I arbeidet med oppfølging av sykmeldte kan aktørene ha et felles interessefelt i blant annet «vurdering av arbeidsevne» (Grape, 2006, s. 55). Legene skal gjøre en medisinsk vurdering av arbeidsevnen til pasienten, NAV skal gjøre en juridisk vurdering av arbeidsevnen i henhold til folketrygdloven og arbeidsgiver skal gjøre en vurdering i form av å tilrettelegge arbeidet slik at den sykmeldte skal kunne stå i jobb.

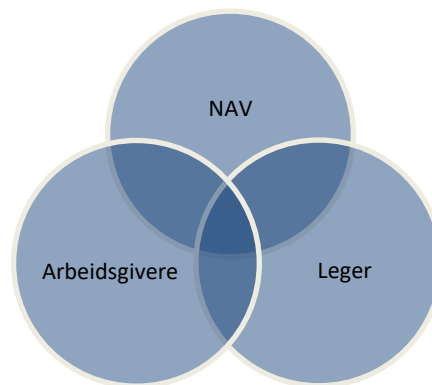


Fig. 2

Fordi aktørene har ulike tilbud å tilby brukergruppen, kan de dra nytte av samarbeid ved å utfylle og utnytte hverandres kompetanse. Med dette som utgangspunkt kan man legge til grunn at aktørene i denne undersøkelsen har et godt utgangspunkt for samarbeid. Det er imidlertid også slik at interesse i samme domene kan føre til konflikter mellom organisasjoner (Grape, 2006, s. 56). Ved gjennomgang av datamaterialet har jeg funnet noen barrierer i samhandlingen mellom aktørene som ser ut til å kunne vanskeliggjøre en effektiv tilbakeføring til arbeid for den sykmeldte. Figur 3 nedenfor viser oversikt over de barrierer som er avdekket i denne studien:

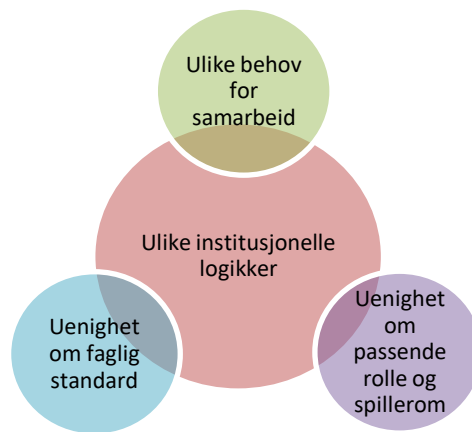


Fig. 3

Kategorien «ulike institusjonelle logikker» er plassert i midten av figuren fordi jeg legger til grunn ut fra et nyinstitusjonelt perspektiv at dette er faktorer som ligger som en bunnlinje og styrer tanker og handlinger hos mennesker. Etter å ha analysert datamaterialet ser det ut som at aktørene opererer med slike ulike logikker og at dette påvirker samhandlingen mellom dem. Funnene som er avdekket gjennom analysen er videre kategorisert i tre barrierer. Dette er at aktørene har ulike behov for samarbeid, det er uenighet om passende rolle og spillerom og det er uenighet om den faglige standarden. Barrierene som er avdekket er plassert rundt sirkelen, fordi det er mye som tyder på at disse har oppstått som en konsekvens av aktørenes ulike institusjonelle logikker.

I teorikapittelet gjorde jeg rede for hva som menes med ulike institusjonelle logikker. Jeg vil i denne delen begynne med å forklare hva som menes med at aktørene har ulike logikker sett opp mot at konteksten er sykefraværsoppfølging. Jeg vil deretter innenfor hver av de øvrige kategoriene i figur 3 forsøke å belyse hvordan de ulike logikkene kommer til uttrykk og påvirker samhandlingen mellom aktørene, før jeg avslutter med å presentere funn som beskriver hvilke konsekvenser disse barrierene viser seg å ha for oppfølgingsarbeidet.

4.1 Ulike institusjonelle logikker

Som det ble redegjort for i kapittel 2 så er det vanlig å legge til grunn at organisasjoner som deltar i et felles meningssystem, som jobber med samme oppgaver eller som tilbyr lignende varer eller tjenester tilhører samme

organisatoriske felt. Rehabilitering av langtidssyke er et eksempel på et slikt organisatorisk felt (Grape, 2006, s. 51; Lindquist, 2000, s. 89).

Man kan legge til grunn at NAV, leger og arbeidsgivere tilhører samme organisatoriske felt, fordi de alle jobber med samme brukergruppe, i dette tilfellet sykmeldte personer. Dette feltet blir i internasjonal forskning kalt for *vocational rehabilitation* eller *occupational rehabilitation*, eller på norsk *arbeidsrettet rehabilitering* (Simensen, 2017, s. 3). Jeg har i denne avhandlingen valgt å kalle dette organisatoriske feltet for *sykefraværsoppfølging*.

Fordi aktørene opptrer på mange forskjellige arenaer så kan de også ha tilknytning til flere ulike organisatoriske felt. Legene kan for eksempel også tilhøre et organisatorisk felt med andre aktører innen medisinfaget. Sykefraværsoppfølging er derfor kun ett av flere mulige felt de kan operere innenfor.

Ulike organisatoriske felt kan operere ut i fra ulike institusjonelle logikker. Selv innenfor samme organisatoriske felt kan aktører operere med ulike logikker (Grape, 2006, s. 51). Aktørene handler og har forventninger på bakgrunn av hva som er logisk passende i henhold til den organisasjonen de selv tilhører (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 260). I en norsk undersøkelse av Andreassen og Fossetøl (2014) så vises det til at arbeidsgivere, helsepersonell og NAV har hver sin dominerende logikk; arbeidsgiverne har en markedslogikk, legene en profesjonslogikk og NAV har en byråkratisk logikk (Andreassen & Fossetøl, 2014, s. 177). Dette innebærer at aktørene tar med seg ulike tanke sett og holdninger inn i et samarbeid, og tolker situasjoner og handler på bakgrunn av dette.

Datamaterialet fra min undersøkelse viser noen av de samme funnene som i undersøkelsen til Andreassen og Fossetøl, og er presentert i figur 4:



Fig. 4

Gjennom presentasjonen av funnene fra denne undersøkelsen skal jeg forsøke å vise hvordan disse ulike logikkene ligger til grunn og påvirker samhandlingen mellom aktørene.

4.2 Ulike behov for samarbeid

Ved gjennomgang av datamaterialet kommer det til syne at behovet for samarbeid varierer hos aktørene, og at ikke alle ser på samarbeid som like nyttig for deres eget arbeid. Jeg skal i dette kapittelet presentere hvordan NAV, arbeidsgivere og leger vurderer eget behov for samarbeid med de øvrige aktørene.

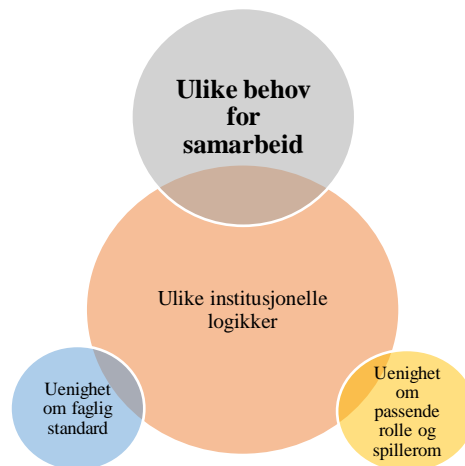


Fig. 5

4.2.1 Legenes behov for samarbeid

Legene gir uttrykk for at de ikke har så stort behov for samarbeid med NAV og arbeidsgivere, og at samarbeid ikke anses som særlig nyttig for deres arbeid. Dette understøttes av at de selv mener de har liten mulighet til å påvirke sykefraværet, da de opplever at dette i stor grad er pasientstyrt:

B: «Men jeg har tenkt mange ganger, at jeg styrer ikke veldig mye av det sykmeldingsarbeidet, så jeg prøver å motivere».

Den samme legen følger opp med at:

B: Jeg tror det er ekstremt sjelden at pasienten ikke har veldig mye de skulle ha sagt. Hvis det er snakk om graderinger, så spør jeg; kan det være greit med 40 eller 50 eller 60, ikke sant. Så er det litt spørsmål for meg, for jeg veit ikke helt hva de orker.

I intervjuet med legene oppstod det en diskusjon om ulike løsninger for å få ned sykefraværet, og den løsningen det var enighet om blant legene var innføring av karensdager, en løsning som ligger utenfor legenes myndighetsområde. Hvorvidt legene gjennom rollen som sykmelder har mulighet til å påvirke sykefraværet kom ikke opp som en del av diskusjonen.

Flere leger ga også uttrykk for at de synes sykmeldingsarbeid er vanskelig fordi de ikke har noe testinstrument for å fastslå om folk virkelig er syke. De forteller at de er avhengig av å ha tillit til pasientene, hvis ikke vil de ikke være gode leger. En av legene uttrykte at «vi er nødt til å stole på det pasienten sier. Og da blir jeg bare en håndlanger for noe». Et slikt utsagn understøtter påstanden om at legene opplever å ikke styre så mye av sykmeldingsarbeidet selv. Dette bidrar samtidig til at legene i mange situasjoner føler seg maktesløse, fordi det er vanskelig å få sykmeldte ut av en sykmelding:

E: Et annet problem med det å være sykmeldende lege da, være sykmelder, vi er jo samtidig behandlende lege, men det som er... du får ikke folk friske vet du, for dem er så opptatt av å tilfredsstille kravene til å bli sykmeldt. Jeg spør: Går det bedre med ryggen din?
Neeei

F: Det er det samme

B: Det er det samme ja. Det er det samme som sist
(latter)

E: Og så tenker du: hva er det her for noe. Dem blir jo ikke bra fordi... hvis dem blir for bra så får dem ikke... kanskje ikke... noen er jo delvis arbeidsledig og, det er forferdelig vanskelig. Vi sitter som gisler.

Det at legene mener de ikke kan påvirke sykefraværet i særlig grad påvirker naturlig nok deres opplevelse av behov for samarbeid med andre aktører, enten det er arbeidsgivere eller NAV. Når det gjelder samarbeid med arbeidsgivere så forteller flere leger at de ved korte sykmeldinger ikke ønsker kontakt med arbeidsgivere, da de opplever dette som slitsomt og ikke ser nytten av denne kontakten:

F: Hvis det er en kort sykmelding så forventer jeg egentlig ikke noe samarbeid. Og jeg håper at jeg ikke hører noe fra arbeidsgiver heller, for det er veldig slitsomt. Det tar mye tid, og det tenker jeg egentlig er litt mer aktuelt først seinere ut i forløpet, hvis det ikke er sånn at det er helt opplagt at det er muligheter for tilrettelegging eller andre ting som gjør at det er veldig viktig å ha den samtalen eller kontakten med en gang, da pleier jeg å skrive det i sykmeldingen. Men å gå rett på sånn dialog med arbeidsgiver, det er slitsomt.

C: Jeg er helt enig i den holdningen der. På kort sykmelding, minst mulig innblanding.

Legenes opplevelse av at arbeidsgivere har lite å bidra med inn i deres arbeid kommer også til syne når legene snakker om oppfølgingsplaner. De beskriver oppfølgingsplaner fra arbeidsgivere som innholdsløse, fordi disse ofte kun referer til den medisinske situasjonen som legen allerede kjenner til. De kaller derfor oppfølgingsplaner for et proforma dokument som ofte går rett til lagring i systemet. Erfaringer de har med arbeidsgivere oppleves derfor som lite nyttig. Dette gjelder også kontakt med arbeidsgivere per telefon. En lege fortalte:

D: «Så femten minutter med telefon med arbeidsgiver som ikke gir meg noen ting...

C: Det går ikke, ikke sant. Vi må føle at det er nyttig».

Legene opplyser at de selv heller ikke tar kontakt med arbeidsgiverne for å få informasjon. Deres eneste kilde til informasjon om arbeidsplassen er fra pasienten selv. De erkjenner imidlertid at det kunne vært nyttig å vite noe mer om hvilke muligheter som finnes på arbeidsplassen, men forteller at de ikke har kapasitet til å kontakte arbeidsgiverne. Legene ga videre uttrykk for at de har svært travle arbeidsdager og at de hele tiden må prioritere mellom viktige oppgaver. De

begrunnet den manglende kontakten med arbeidsgivere med at de heller ikke har tid til å ta en telefon til spesialistene på sykehuset for å diskutere felles saker.

I intervjuet med legene så ble det sagt som en spøk at de ville vist større interesse for å snakke med arbeidsgiverne dersom de hadde fått betalt for denne samtalen:

A: Hadde det vært en takst for det, å snakke med arbeidsgiver, hvis du hadde fått 1500 kroner for det så hadde vi ringt...

(latter)

E: Da hadde *vi* ringt til arbeidsgiver selv og spurt (ler).

Når det gjelder legenes opplevelse av om de vurderer samarbeid med NAV som nyttig, så henger dette også sammen med mye av det som er nevnt over. Legenes utgangspunkt synes å være at de ikke styrer så mye av sykmeldingsarbeidet, at de er håndlangere og gisler. Følgelig vil heller ikke et samarbeid med NAV kunne føre til så mye dersom målet er redusert sykefravær. Det er allikevel noe som tyder på at legene opplever større behov for samarbeid med NAV enn med arbeidsgiverne. Legene fortalte at de skriver meldinger til NAV, ofte i form av en avventende sykmelding³. Her ser legene at NAV kan komme inn som et mellomledd mellom dem selv og arbeidsgiverne, noe legene selv vil kunne dra nytte av i sin videre oppfølging av pasienten:

B: Altså de gangene jeg krysser av for arbeidsrelatert problemstilling, så vet jeg ikke om jeg forventer så mye tilbakemeldinger fra noen, men eh..., men kanskje litt fra NAV i hvert fall. En respons fra NAV på at her går dere og ser på noe eller noe sånt.

4.2.2 Arbeidsgivernes behov for samarbeid

I motsetning til legene så forteller arbeidsgiverne at de har et stort behov for samarbeid, og at de ser dette som svært nyttig for eget oppfølgingsarbeid. De forteller at de føler seg usikre på hvordan de skal gå fram i oppfølgingsarbeidet, og at de aldri får nok informasjon om dette. De er usikre på hvor mye de kan

³ Avventende sykmelding: Avventende sykmelding er en beskjed fra legen til arbeidsgiveren om at sykmelding kan unngås dersom det blir lagt til rette på arbeidsplassen. Avventende sykmelding er aktuell i arbeidsgiverperioden, det vil si de første 16 dagene (NAV, 2018b)

kreve av den ansatte da de vet for lite om situasjonen, og de forteller at de som en følge av dette blir forsiktige og avventende i oppfølgingen av den ansatte.

Arbeidsgiverne gir dessuten uttrykk for at de opplever det som vanskelig at all kommunikasjon med lege går via den ansatte. Den ene arbeidsgiveren forteller:

A: Dem hører jo bare på de de ansatte sier, altså... jeg kan ikke jobbe med det her, min arbeidssituasjon tilsier at det her, det kan ikke jeg jobbe med. Men legen vet jo ikke noe mer enn det den ansatte... eller hva pasienten sier da.

Arbeidsgiverne er usikre på om det den ansatte forteller dem medfører riktighet og om jobben er forenlig med den ansattes helse. De mener derfor at en dialog med legen ville kunne oppklart mye av dette og samtidig kunne bidratt til færre sykmeldingsdager:

C: Sa du at jeg kunne tilby tilrettelagt arbeid? Nei, altså legen han sa... jeg måtte få sjukmelding i fjorten dager. Da blir det liksom litt sånn...

D: Om det stemmer eller ikke, så viser det i hvert fall behov for en eller annen tettere dialog og kommunikasjon da. Så liksom få litt på det rene; hva er egentlig forholdet her? Hvordan er situasjonen faktisk? Da tror jeg vi hadde unngått fryktelig mange sykmeldingsdager.

En av arbeidsgiverne forteller at de aldri har opplevd at en lege har tatt kontakt med dem for å spørre om hvilke muligheter som finnes på arbeidsplassen. På grunn av arbeidsgivernes mangelfulle kontakt med legene så blir arbeidsgivernes eneste kilde til informasjon den ansatte i mange saker, og de blir avhengig av at den ansatte er villig til å dele informasjon med dem. Dersom den ansatte ikke er åpen om situasjonen sin så opplever arbeidsgiver at det blir vanskelig å vite hvordan de skal følge opp den ansatte videre. Arbeidsgiver opplever da at sykmeldingen i seg selv blir et hinder for videre kommunikasjon med den ansatte:

C: Det er jo ofte...vi ser jo de tilfellene hvor vi vet at her har vi noe vi kan tilby da, mens den sykmeldte har et trumfkort i handa; det er et skriv som sier at du er sykmeldt. Og da er det veldig vanskelig og så

overbevise dem om at det kan være lurt allikevel da...å prøve å holde seg på jobben.

Arbeidsgiverne uttrykker videre at de ønsker at legen tar en telefon til dem mens pasienten sitter hos dem, slik at de kan få anledning til å fortelle legen om hvilke muligheter som finnes for tilrettelegging på arbeidsplassen:

B: Skulle gjerne ha tenkt meg at når noen kommer til legen og snakker om sykmelding...at legen liksom kanskje automatisk hadde tenkt; ja skulle jeg ha ringt arbeidsgiveren din og hørt? Er det noe de kan..., altså ikke bare skrive ut en 100 % sykmelding. For det gir jo noen forventninger til den ansatte som blir sykmeldt.

Når det gjelder arbeidsgivernes samarbeid med NAV, så er det kun én av arbeidsgiverne jeg har intervjuet som har et systematisk samarbeid med NAV. De forteller at samarbeid satt i system bidrar til at de kommer tidligere i kontakt med NAV enn om de ikke hadde etablert denne kontakten. De uttrykker imidlertid et behov for enda tidligere kontakt med NAV. De opplever felles treffpunkter som nyttige for utveksling av informasjon, og opplever at de bidrar til at NAV får mye kunnskap om arbeidsplassen gjennom disse treffpunktene. Arbeidsgiveren forteller:

C: (...) Jeg opplever vel at NAV da ved de møtene at de får kjennskap til hvis vi...vi skriver jo disse oppfølgingsplanene, og da skriver jo vi noe om hva arbeidsoppgavene består i, og det snakker vi jo da om og, så det blir jo...de får jo ganske god kjennskap til...altså NAV får jo ganske god kjennskap til hva vi gjør.

Den andre arbeidsgiveren jeg har intervjuet har liten erfaring med NAV. Bedriften har en IA-kontakt, men de forteller at de ikke merker så mye til denne ressursen i sitt daglige arbeid med sykefraværsoppfølging. De opplever derfor at de ikke har så stor nytte av IA-kontakten. Videre forteller de at de har et behov for mer dialog med NAV, slik at NAV også forstår hva arbeidet i bedriften går ut på. Dette mener de er viktig for at den ansatte skal kunne få best mulig oppfølging fra NAV. De er også opptatt av mer dialog med NAV for sin egen del, slik at de selv kan få mer kunnskap om hva NAV kan bidra med inn i deres arbeid. De ser

således at NAV kan besitte kunnskap som de selv ikke har, og som de kan dra nytte av.

Arbeidsgiverne ser behovet for samarbeid også i et større perspektiv. De forteller at de forventer samarbeid med både NAV og legene. De gir uttrykk for at de har et samfunnsoppdrag som de skal jobbe for, og at det også av denne grunn er viktig at aktørene er sammen om dette for at man skal nå målet om redusert sykefravær. For å få til dette så sier den ene arbeidsgiveren at «vi bør ha en felles plan, et kart og terreng som stemmer».

Arbeidsgiverne forteller videre at det er spesielt vanskelig at legene ikke tenker på samme måte som dem og NAV, og ønsker at legene skal være involvert i større grad enn det de opplever at de er:

C: Det hadde vært fint om de hadde vært med i et prosjekt, holdt jeg på å si, at vi kunne fått med og prøvd det liksom, fått noe dokumentert at det har effekt. Du skal ha ned sykefraværet helt klart og så har vi da en aktør som er helt på sida...

Arbeidsgiverne ser altså på legene som en svært viktig aktør dersom de skal lykkes med å få ned sykefraværet, og forteller at dette er noe de må gjøre sammen og ikke klarer alene.

4.2.3 NAV sitt behov for samarbeid

Veiledere i NAV har ansvar for å forvalte et regelverk, og for at de skal kunne gjøre dette på best mulig måte er de helt avhengig av samarbeid med både legene og arbeidsgiverne. De forteller at det er legene som besitter den medisinske kompetansen, en kompetanse de selv ikke har. Veilederne i NAV mener er helt nødvendig for dem å kjenne til de medisinske forholdene når de selv skal utføre sin jobb, som blant annet å vurdere aktivitetskrav:

D: Samarbeid med legene er veldig viktig, og det er nødvendig med dokumentasjon så vi får gjort jobben vår og å vurdere det. Vi som sitter på kontoret på NAV og vurderer medisinske opplysninger, vi har ikke medisinsk bakgrunn de fleste av oss, så derfor er vi avhengig av hva legen skriver.

Det er gjennomgående hos veilederne som ble intervjuet at de har behov for gode funksjonsvurderinger fra legene, og at de ikke kun henviser til diagnose.

Veilederne forteller at sykmeldingene ofte mangler opplysninger om funksjon, og dette gjør arbeidet vanskelig for de ansatte i NAV:

A: Men det som vi er mest opptatt av er at vi ønsker at legene tar mye mere stilling til funksjon. Også når de sitter med en pasient foran seg og har muligheten da. Og så spørre hva klarer du, hva klarer du ikke. Og faktisk undersøke pasienten, eh...før man spør: trenger du en sykmelding?. For at vi er veldig opptatt av at fra dag 1, og loven sier det og, fra dag 1 skal man vurdere gradering.

NAV-veilederne forteller videre at det ikke bare er legene de er avhengig av for å kunne gjøre jobben sin, men de er også avhengig av arbeidsgiverne. For at NAV skal lykkes med å få sykmeldte tilbake i arbeid, så må de vite hvilke muligheter for tilrettelegging som finnes på den enkelte arbeidsplass. Kunnskapen til arbeidsgiver er derfor like viktig som legenes medisinske kunnskap når de skal vurdere aktivitetskravet i Folketrygdloven. Opplysninger om arbeidsplassen får de vanligvis gjennom oppfølgingsplaner fra arbeidsgiverne. NAV som jobber på tradisjonell måte opplever at disse oppfølgingsplanene ikke gir dem så god informasjon, da det ofte er litt mangelfullt innhold i disse. De har derfor et behov for konkrete opplysninger fra arbeidsgiverne om hva den ansatte jobber med og hvilke muligheter arbeidsgiver har for tilrettelegging. NAV-veilederne som har jobbet tett opp mot den ene arbeidsgiveren opplever derimot på sin side at virksomhetsorganisering bidrar til bedre oppfølgingsplaner, og at de gjennom dette får mer kunnskap om arbeidsplassen.

Ansatte i NAV forteller videre at fordi arbeidsgivere og legene vanligvis ikke snakker sammen, så er det NAV som ser det helhetlige bildet. Fordi legene kun får høre pasientens versjon, så opplever de ansatte i NAV at det ofte ikke er samsvar mellom de opplysningene de får fra arbeidsgiveren og de opplysningene de får fra legen. NAV ser derfor på seg selv som en koordinerende enhet, og de har behov for å samle aktørene for å sikre at alle er omforent om de faktiske forhold. Dette skjer vanligvis gjennom å innkalle til dialogmøte:

F: Vi ser jo det at det ikke er samsvar mellom det arbeidsgiver sier de kan tilrettelegge og så skriver legen at arbeidsgiver kan ikke tilrettelegge. Pasienten har sagt en ting til legen og noe annet til arbeidsgiver. Så sitter vi og ser begge deler og at det her er ikke greit. Så da tar jeg møte med pasient og lege. Og sier at det ikke er samsvar mellom opplysningene.

Ansatte i NAV forteller videre at de opplever at legene ofte ikke vet hva pasienten deres jobber med. Legen kan for eksempel komme til et dialogmøte å tro at pasienten jobber på fabrikk selv om vedkommende jobber på kontor. De opplever derfor at det er et stort behov for slike samarbeidsmøter slik at man kan få en felles forståelse. Veilederne forteller også at de har erfart at legene ofte endrer oppfatning av saken etter å ha deltatt i dialogmøte, fordi de blir veldig overrasket over hva arbeidsgiver forteller:

E: Noen ledere kan være...gi uante muligheter for tilrettelegging en periode, og det kommer også litt overraskende på legestanden av og til, synes jeg. Noen leger kan komme med en litt sånn distansert tilnærming, noen ganger kanskje litt fiendtlig og, men det har vi nå kanskje opplevd at snur seg når arbeidsgiver viser hva mulighetene er.

4.2.4 Oppsummerende drøfting

Som det er gjort rede for så ser det ut til at arbeidsgiverne og NAV har et annet utgangspunkt enn legene når det gjelder behovet for samarbeid, og de ser ut til å styres av en annen logikk enn legene. Når karensdager anses som eneste løsning for å få ned sykefraværet så ligger det i dette at de mener sykefraværet er høyt fordi den ansatte ikke har et økonomisk tap ved å være sykmeldt. Følgelig vil et samarbeid heller ikke kunne påvirke sykefraværet ut fra dette perspektivet.

Mens legene ikke ser så stort behov for samarbeid, så ser arbeidsgiverne og NAV at de vil kunne få bruk for de andres kompetanse, og at dette kan bidra til at de raskere når sine egne mål. Arbeidsgiverne og NAV viser dessuten til et større overordnet mål med samarbeid, som er å få ned sykefraværet. De gir uttrykk for at de har et felles oppdrag, et mandat, i større grad enn det legene gjør. Dette kan henge sammen med at arbeidsgiverne og NAV ser at de ikke får løst sine oppgaver alene, mens legene ikke opplever at de er like avhengig av de andre aktørene.

For at samarbeid skal fungere bra, er det ifølge Knudsen (2004) viktig at alle aktørene opplever et behov for samarbeid og at de ser på samarbeid som nyttig ut fra fordelingen av oppgaver (Knudsen, 2004, s. 44). Legene bruker ord som håndlanger og gisler om egen rolle i sykmeldingsarbeidet, og de opplever at de ikke styrer så mye av dette arbeidet. I og med at begrepene «håndlanger» og «gisler» blir brukt, så kan det være verdt å se nærmere på definisjonen av disse begrepene. I følge Det norske Akademis ordbok er en håndlanger «en person som går en til hånd under et arbeid, rekker en redskaper, materialer o.l. (NAOB, 2019). Hvis vi skal overføre dette til en sykmeldingssituasjon kan dette tolkes som at legen deler ut en sykmelding uten noen nærmere vurdering av situasjonen. Man gir sykmeldingen fra seg fordi noen andre trenger den, på lik linje som man ville gitt fra seg et redskap i en arbeidssituasjon. Begrepet «gissel» defineres som «person som holdes fanget som pant på en avtale eller for å tvinge gjennom et krav» (NAOB, 2019). Dette kan forstås som at legene opplever at de ikke har noe annet valg enn å skrive ut en sykmelding, hvis ikke blir det vanskelig å komme seg ut av situasjonen de er i.

Når legene bruker ord som håndlanger og gisler om egen rolle, og at de opplever å ikke styre så mye av sykmeldingsarbeidet, så kan dette være en indikasjon på at legene opplever å være omgitt av institusjonelle krav i sine omgivelser i form av forventninger fra sine pasienter. Dette kan være forventninger om at legene skal skrive ut sykmelding til pasienter som ber om dette. Nå kan det selvsagt være at disse begrepene ikke var nøye gjennomtenkt fra legenes side og at de er noe tilfeldig brukt. Det kan allikevel gi et bilde av hvordan legene oppfatter sin egen rolle i sykefraværsarbeidet, og hvilke institusjonelle krefter legene er utsatt for. Dette kan således bidra til å forklare hvorfor de ikke anser samarbeid som særlig nyttig. Ut fra et slikt perspektiv blir samarbeid vurdert som lite hensiktsmessig, dersom målet med samarbeidet skal være å bidra til å redusere sykefraværet.

Det å samarbeide gjennom å nyttiggjøre seg de ulike organisasjonenes kompetanse kan bidra til at det oppstår både samarbeidsgevinster og koordineringskostnader (Knudsen, s 50). Samarbeidsgevinster kan for eksempel være at brukergruppen opplever å få bedre service og at aktørene når egne mål raskere. Koordineringskostnader kan være knyttet til at samarbeid oppleves som svært krevende når det gjelder både ressursbruk og tid. For at samarbeid skal

oppleves som nyttig bør de positive effektene ved samarbeidet overstige kostnadene ved koordineringen (Kanter, 1994, s. 108). I sykefraværsoppfølgingen innebærer dette at ansatte i NAV, arbeidsgiverne og legene må føle at verdien av samarbeidet er større enn hva det koster i for eksempel bruk av tid og ressurser. Aktørene må oppleve at de får tilført en gevinst som de vil ha nytte av i eget arbeid, og som de ikke vil oppnådd ved å handle alene.

Ut fra teorien om nytte og kostnad det se ut som om både arbeidsgiverne og NAV vurderer at samarbeidsgevinstene er større enn kostnadene. For NAV og arbeidsgiverne vil et samarbeid kunne bidra til å gjøre deres eget arbeid lettere. For NAV vil et resultat kunne være at det blir flere i arbeid og færre på stønad, som var et av hovedmålene med NAV-reformen (arbeids-og sosialdepartementet, 2004-2005, s. 5). Både for arbeidsgiverne og legene er det et økonomisk element inne i bildet. For en arbeidsgiver er det som regel store kostnader forbundet med sykefravær i form av for eksempel reduksjon i produksjon, og et samarbeid med andre aktører vil kunne resultere i at deres arbeidstakere kommer raskere tilbake på jobb. For legene derimot ser det ut til at kostnadene ved et samarbeid oppleves som større enn nytten. De vil kunne utføre jobben sin uavhengig av de andre aktørene, uten at dette har noen økonomiske konsekvenser for deres virke.

Legenes opplevelse av om de vurderer kontakten med arbeidsgivere som nyttig eller ikke kan således knyttes til merverdien de får ut av et samarbeid sett opp mot tiden de bruker på det. Et eksempel på dette er at legene sier de ville ringt til arbeidsgiver dersom de fikk betalt for det. Selv om dette ble sagt som en spøk, så kan utsagnet likevel tolkes dithen at det ligger noe sannhet i dette. Legene ga tydelig uttrykk for at de har svært travle arbeidsdager, og at de hele tiden må prioritere mellom viktige arbeidsoppgaver. Med tanke på at legene arbeider som selvstendige næringsdrivende, så er det også et økonomisk element inne i bildet. Samfunnet har innrettet seg slik at legene blir tvunget til også å tenke økonomisk inntjening dersom de skal overleve som aktør i markedet, og dette kan være en forklarende faktor til at de prioriterer de oppgavene hvor de økonomisk sett får størst utbytte.

Det at legene ser ut til å vurdere samarbeid med NAV som mer nyttig enn samarbeid med arbeidsgiverne, kan også forklares ut fra nytte/kostnad perspektiv.

Dette fordi kontakten med NAV kan gi legene en økonomisk gevinst. Legene får gjennom Helfo en godtgjøring for sykmeldinger og uttalelser som de sender til NAV. Legene jobber som selvstendige næringsdrivende aktører på et arbeidsmarked, og de kommunale fastlegene jeg har intervjuet får store deler av sin inntekt gjennom denne ordningen (NAV, 2018a). Samtidig kan det å bruke NAV som et bindeledd til arbeidsgiver være tidsbesparende i en travel hverdag, siden de uansett må forholde seg til NAV da NAV også er en kontrollenhet overfor legene.

På bakgrunn av drøftingen over så kan man tenke seg at legene opplever konkurrerende krav og forventninger fra omgivelsene. NAV og arbeidsgivere forventer at legene skal bidra til å få den sykmeldte tilbake til arbeid, samtidig som legene må forholde seg til kanskje helt andre forventninger fra den sykmeldte. I tillegg kan legen oppleve tekniske krav fra omgivelsene, i form av økonomisk inntjening. Disse kravene kan oppleves som motsetninger og bli en konflikt for legene.

Aktørenes ulike behov for samarbeid kan imidlertid også forklares ut fra et annet perspektiv. I teorikapitlet ble det gjort rede for begrepet «organisatoriske felt», og at prosessen med å strukturere og definere slike felt består av fire deler. For at et organisatorisk felt skal bli definert må det blant annet utvikles en felles bevissthet blant deltakerne i organisasjonene om at de opererer innenfor samme virksomhet eller felt. Med utgangspunkt i denne teorien kan det stilles spørsmål ved hvorvidt legene opplever at de er en del av det samme organisatoriske feltet som NAV og arbeidsgiverne, og hvorvidt de selv opplever at de er en del av et samfunnsoppdrag. I en studie utført av Brunarski, Shaw og Doupe (2008) ble det funnet at legene/aktørene utenfor arbeidsplassen ikke anså seg som en del av et team og at de derfor heller ikke hadde ansvar for å kommunisere med de andre aktørene (Brunarski, Shaw, & Doupe, 2008, s. 330). I og med at arbeidsgiverne og NAV har gitt uttrykk for at de jobber mot et felles samfunnsoppdrag, så kan man argumentere for at de har definert seg inn i det samme organisatoriske feltet, enten ved å ha formalisert samarbeidet eller kun ved at de jobber mot samme mål. De kan på denne måten oppleve at de er del av et felles team. Dersom man ikke ser seg selv som en del av et team, og heller ikke føler ansvar for kommunikasjonen,

så kan dette også forklare hvorfor legene vurderer behovet for samarbeid annerledes enn de øvrige to aktørene.

3. Uenighet om passende rolle og spillerom

Funn viser at veilederne i NAV, arbeidsgiverne og legene ikke er enige om hva som er passende rolle og spillerom i samhandlingen. Jeg skal nedenfor forsøke å gi et bilde av hvordan de ulike aktørene ser på egen rolle i arbeidet med oppfølging av sykmeldte, og hva de forventer av de andre aktørene i dette arbeidet. Videre skal jeg vise til noen utfordringer som kan oppstå som følge av at aktørene ikke er enige om hva som er passende rolle og spillerom.

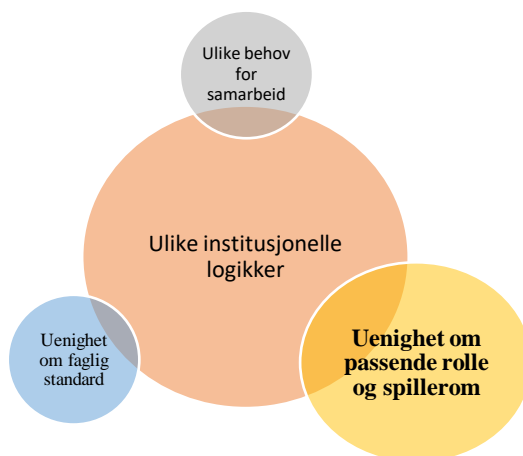


Fig. 6

4.3.1 NAV sin forståelse av egen og andres rolle

Veilederne i NAV er opptatt av forvalterrollen, og at de er offentlige tjenestemenn. De forteller at deres rolle er å være både veileder og offentlig myndighet, med de rammene det gir. Gjennom disse rollene skal de bidra til at sykmeldte kommer i aktivitet:

D: (...) «Vi kommer jo inn og ser til at folketrygdloven og sånn blir fulgt, særlig da på det aktivitetskravet som slår inn ved 8 uker».

Videre forteller de ansatte i NAV at de skal ha kontroll på hvilke rettigheter brukerne har, eller eventuelt om de ikke har rettigheter. De presiserer at deres rolle også er å passe på at lovverket blir ivaretatt, det vil si om vilkårene for rett til sykepengene er oppfylt. Veiledere som har jobbet tett med den ene arbeidsgiveren

forteller at de har blitt mer bevisst på hvordan de kan bruke lovverket til å bidra til at flere kommer i aktivitet:

A: «For at når vi går inn, så kan vi si at vilkåra er ikke oppfylt, og det er det bare vi som kan si. For hvis ikke så blir dem bare gående i en sirkel og så får vi ikke stoppet det».

De ansatte i NAV forteller videre at de opplever at både arbeidsgiverne og legene har forventninger til at de skal gå inn og ta ansvar i sakene, og de savner at arbeidsgivere og leger kunne vært tøffere i oppfølgingen av de sykmeldte og selv tatt mer ansvar. Som følge av dette mener de ansatte i NAV at de kanskje inntar en større rolle enn de skulle gjort. De opplever at de blir en koordinerende enhet som må ta opp de spørsmålene som verken arbeidsgiver eller legen har lyst til å ta opp:

E: Ja. Og så føler jeg vi blir en koordinerende enhet da, hvor vi sitter og hører... da legen sier det, og så sier vi til legen; ja, okej når du sier det, hvorfor har du ikke søkt han inn på et tverrfaglig rehabiliteringsopphold og ... Og så sier arbeidsgiver: det har du ikke prøvd. Asså jeg... jeg føler vi ofte må gi dem de svare dem har sjøl da.

Ansatte i NAV forteller videre at sykefraværsoppfølging består av mye reparasjon. De skulle ønske at arbeidsgiveren hadde større fokus på forebygging fremfor reparasjon, selv om de ser at dette er en nesten utømmelig oppgave. De forventer at arbeidsgiverne bruker IA-avtalen i større grad, og at det ikke bare blir «festtaler», som en av respondentene uttrykte. Vedkommende forteller at de ikke alltid stoler helt på at arbeidsgiver gjør de de skal for å holde folk på jobb:

E: (...) Den svære arbeidsgiveren som vi har, den har da egentlig alt på papiret, men det er vanskelig å se det igjen ute i virksomheten i forhold til det de sier de skal gjøre, i forhold til forebyggingsbiten og. Og de, de gjør veldig mye, men de har problemer med å sette det på skinner i forhold til å øke nærværet, altså ikke bare reparasjon, men også forebygging (...).

Videre ønsker de ansatte i NAV at arbeidsgiverne kan bli litt tøffere overfor de ansatte. Spesielt gjelder dette personalsaker hvor den ansatte flyttes fra den ene

jobben til den andre internt i organisasjonen, fordi vedkommende tilsynelatende ikke mestrer arbeidet. De ansatte i NAV mener at arbeidsgiverne er for høflige, og at de ofte ikke tør å gå inn i den vanskelige samtalen. Som en følge av dette ender det ofte med en sykmelding etter at vedkommende har hatt årevis med fravær. NAV opplever at det da blir dem som til slutt må ta de vanskelige samtale.

Veilederne i NAV som har jobbet virksomhetsrettet forteller at det er mye bra med å jobbe tett opp mot arbeidsgivere, men at denne tette samarbeidsformen også kan være litt utfordrende noen ganger. De får som følge av denne organiseringen mange henvendelser fra arbeidsgiver i forhold til oppfølging av de ansatte, og de må passe på at ansvaret ikke forskyves. En ansatt forteller:

B: «Sånn grensesetting jobber vi jo litt med da, sånn at vi ikke skal gå inn i arbeidsgivers ansvarsfelt for mye. Vi må passe oss litt, sånn at ikke de slapper av for mye».

Når det gjelder forholdet til legene så savner de ansatte i NAV større involvering fra legene. De opplever at legene har lite fokus på at det er helsefremmende å være i arbeid, og de ønsker at legene tar større ansvar i forhold til samfunnsoppdraget. De fortelle at de synes det er rart at ikke legene ser verdien i at de sykmeldte kommer raskere tilbake til arbeid, og savner at legene tør å si til pasienten at det kanskje er bra å komme i litt aktivitet:

A: «Altså, de fratar jo bare folk muligheten på en måte, og så går de bare og tenker på sykdommen sin. Og det ser jo vi. Jo lenger det går, jo verre blir det. Det syns jeg er veldig rart».

Videre gir de ansatte uttrykk for at legene burde være raskere til å henvise til andre instanser når det er forhold de selv ikke finner ut av eller har lite kunnskap om. De opplever at dette skjer alt for sent i sykefraværsløpet, ofte etter at man har brukt opp sykepengere etter ett år som sykmeldt, og man har fått innvilget arbeidsavklaringspenger:

A: (...) Altså at legene burde være raskere til å ta en faglig vurdering på at: greit, det finner jeg ikke ut av, jeg henviser deg til ryggpoliklinikk, og så være raskere ute med det, for vi vet jo at veldig mange venter seg jo

ihjel i Norge på helsevesenet. De bruker bare ett år på å vente. Det satt jo folk på infomøte på AAP⁴ som venta på operasjon enda liksom.

Ansatte i NAV opplever dessuten at legene har lite kunnskaper om lovverket rundt oppfølging av sykmeldte, og savner spesielt at de har mer kunnskap rundt hva som skjer ved 8 ukers tidspunkt. De tror heller ikke at legene har kjennskap til hva som er rollen til NAV. En veileder uttrykte:

A: For å være ærlig så...jeg tror ikke de leser så mange av de vurderingene vi gjør. Jeg tviler på at de verken ser arbeidsevnevurderingene eller noe som helst. For å være ærlig, så tror jeg ikke de veit så mye om hva vi faktisk vurderer. Det er mest det de ser der og da.

Selv om de ansatte i NAV ser forbedringspotensiale hos de andre aktørene, så er de samtidig klare på at de har forståelse for at det er vanskelige roller de andre aktørene innehar. De uttrykker generelt tillit til både leger og arbeidsgivere. En av respondentene sa det slik:

B: «Jeg vil jo si at jeg på en måte har god tillit til både leger og arbeidsgivere, for jeg tror oppriktig at..., at dem gjør så godt dem kan».

De ansatte i NAV uttrykker forståelse for at legen har en vanskelig og sammensatt rolle:

B: Det er klart legens oppgave er jo også veldig vid. Dem skal jo liksom ha omsorg for pasienten sin. Og det er klart liksom, omsorg er på en måte...er omsorgen for denne pasienten at vi skriver en sykmelding eller er det på en måte liksom noe annet som kunne vært like greit. Men det har jo blitt litt sånn da, at sykmelding er liksom... utveien. En sånn en flukt for mange som er på en måte i krise.

En annen respondent følger opp i forhold til arbeidsgiverne:

B: (...) Og på en måte så kan man jo forstå en arbeidsgiver. Så har du en ansatt som er 100% sykmeldt så skal du jo i utgangspunktet ikke være i

⁴ AAP=Arbeidsavklaringspenger

arbeidsrelatert aktivitet da, og det å begynne å overprøve det for en leder, det er ganske vanskelig.

4.3.2 Arbeidsgivernes forståelse av egen og andres rolle

Arbeidsgiverne mener deres rolle i oppfølgingsarbeidet er å tilrettelegge for god helse når arbeidstakerne er på jobb, og legge til rette for at det skal være lett for arbeidstakerne å komme tilbake til jobben dersom de blir sykmeldt. De ønsker å være i forkant slik at de kan forebygge og finne løsninger før det går så langt som til en sykmelding. De er derfor opptatt av å ha en god dialog med den ansatte.

Arbeidsgiverne gir uttrykk for at de har store forventninger til legene, og mener at de bør involvere seg i større grad i oppfølgingen. Dette kommer til uttrykk i eksemplene jeg har vist til under pkt 4.2.2, hvor det er ytret ønske om at legene skal ringe til arbeidsgiverne når de har pasienten foran seg samt ønsket om at legene skal ta mer stilling til funksjon. Arbeidsgiverne har klare forventninger om at legene skal samarbeide med dem om hvordan de skal få den ansatte tilbake i jobb, og mener at legene kan gjøre dette uten å måtte bryte taushetsplikten. For å få til dette så mener arbeidsgiverne at legene må kjenne til arbeidsplassen til den de sykmelder. De gir videre uttrykk for at legene burde ha en større rolle i sykefraværsoppfølgingen enn det arbeidsgiverne opplever at de har.

B: Jeg tenker jo at legene har litt å gå på (ler). Det høres ut som at jeg ikke er så fornøyd med dem, men jeg skulle ønske at de og kunne tenke litt sånn ... være litt mer sånn i forkant, ikke bare liksom; ja, trenger du sykmelding. Kanskje de kunne ha snakket litt med dem, det er ikke liksom: at når jeg skriver ut en sykmelding så er det bare en anbefaling, og at legene kanskje kunne ha snakket med dem, faktisk, realitetsorientert dem litt i forhold til hvordan ... Når man er sykmeldt så er det ikke bare sånn at man kan... at de og kunne vært litt på den sida at: det er ikke bare å være sykmeldt, og så får du være der i fred i seks måneder, at de og kunne vært litt mer sånn...

Arbeidsgiverne forteller videre at legene ikke virker særlig interessert i kontakt med dem. Deres opplevelse er at NAV og arbeidsgiver har fokus på raskt tilbake i jobb, og at legene har fokus på at «nå er vedkommende syk, og jeg har bestemt det, så ikke sett noen spørsmålstegn ved det».

Den ene arbeidsgiveren forteller dessuten at de har opplevd å bli avvist av en irritert lege når de har tatt kontakt for å diskutere muligheter for tilrettelegging:

B: «Jeg har jo opplevd at jeg har ringt til en fastlege som har blitt kjempeirritert for at jeg liksom ringer og blander meg i... han har jo allerede bestemt at det skal være sykmelding, og da...».

Den samme arbeidsgiveren fortsetter:

B: Og så tror jeg mange ganger at de blir litt sånn provosert når man ringer og spør. Det er akkurat som at...ja...: trur du ikke liksom at jeg... nå har jeg tatt en vurdering på det og nå ringer liksom du og spør... at det blir provoserende for enkelte i hvert fall, at man ringer og spør.

Arbeidsgiverne har også ønske om at NAV blir en enda tydeligere aktør når det gjelder sykepengerrettigheter. De opplever at det sjelden skjer noe i forhold til stans i utbetalinger, eller at det tar for lang tid, når de har dokumentert at den ansatte selv ikke følger opp:

C: Og så kanskje enda bedre...at vi snakker enda tettere med... og så liksom det i forhold til... hva er rettighetene, hva gir rett til sykepenger liksom, når er det vi kan faktisk...eller NAV da... stoppe sykepengene når da arbeidsgiver gjentatte ganger har dokumentert; vi gjør sånn og slik, sånn og sånn, eller at man... den ansatte ikke følger opp det som er forventet da...betaler ut...

Den ene arbeidsgiveren ønsker at NAV kunne brukt historikken til den sykmeldte i større grad når de skal vurdere rettigheter til sykepenger. Og at NAV, i tilfeller hvor man ser at den sykmeldte har gjentatte sykefravær, kunne tatt en samtale med den sykmeldte om dette hvor ikke arbeidsgiver var med. De opplever at det blir snakket lite om at fraværet er gjentakende fra NAV sin side, og at det er lite motiverende at det ikke skjer noe når arbeidsgiver har gjort sin del av jobben. En av respondentene uttrykte det slik:

C: For det er akkurat som om sykepengene de bare går og går. De går og går, og her har vi da dokumentasjon til og med på at vi kan gjøre

noe med...men allikevel så blir det jo utbetalt, den ansatte går som sykmeldt og får sykepenger. Så det er liksom...og skal kanskje ha det i veldig, veldig... de aller fleste tilfellene, men det er de grå... hvor vi ikke riktig får tak i hva er egentlig... er det... ja...vil den ansatte være i jobb hos oss, på en måte?

4.3.4 Legenes forståelse av egen og andres rolle

Legene forteller at deres rolle først og fremst er å behandle pasienten, og gir uttrykk for at de ikke ønsker å ha så mye med «arbeidsdelen» å gjøre, selv om de også ser at arbeid kan være bra for mange av pasientene;

E: «Jeg tenker min rolle er jo først og fremst å behandle pasienten. Altså uansett om det er fysisk eller psykisk eller hva det er. Men det er klart, jeg har jo også mye i bakhodet at arbeid er behandling for mange da».

I intervjuet ble alle legene presentert for utsagnet fra arbeidsgiveren nevnt over som opplevde at legen ble irritert da vedkommende tok kontakt. Legene var veldig samstemte da de fortalte at de kjente seg veldig godt igjen i en slik situasjon:

B: Jeg synes at hvis den arbeidsgiveren er uenig så skal man kalle inn til et dialogmøte. Ferdig snakka.

Flere: Ja

F: Helt enig. Det er veldig lite...det har ingen ting for seg å drive å ringe sånn.

Samtidig uttrykker flere av legene at de ikke ønsker å være med på dialogmøte 1 med arbeidsgiver. De mener imidlertid det er viktig at NAV involverer seg. Legene forteller videre at de ønsker å ha en mindre rolle i sykefraværarbeidet enn det de opplever at de har. De bruker mye tid på å skrive uttalelser og erklæringer til NAV, og mener det kommer lite ut av dette. Deres syn er at fokus på arbeid i all hovedsak bør være en sak mellom arbeidstaker og arbeidsgiver:

D: Jeg skulle ønske at vi hadde hatt en mindre rolle, at det hadde vært mer mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Ala Danmark. Men det er min personlige mening. Jeg tror vi kunne unngått ganske mye.

En annen lege følger opp med:

B: (...) «Kunne ikke det vært mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, så kunne jeg fått lov til å behandle sykdommen?» (...).

Noen av legene forteller at de bruker ordningen med avventende sykmelding, for på denne måten å få arbeidsgiver på banen tidlig i sykeforløpet:

K: Men synes jo faktisk at de seksten dagene bør i hovedsak avtales mellom arbeidsgiver og pasient, hvordan man gjør, og hvis arbeidsgiver ikke kan bruke arbeidskraften de seksten dagene, så er det greit. Men det tvinger jo litt tidlig i forløpet arbeidsgiver til å vurdere det og av og til så holder jo det med de seksten dagene og av og til så kan det være behov for et lengre forløp. Da har vi i hvert fall arbeidsgiver litt på banen i tankegangen; på hvilken måte kan jeg tilrettelegge helt fra starten av da. Jeg tenker at når det fungerer så fungerer det kanskje bra.

Andre leger opplever at de ofte får tilbakemelding fra arbeidsgiver eller fra pasienten om at det ikke er mulig med tilrettelegging, og at de seksten dagene gjerne har gått når de får den tilbakemeldingen. De opplever at det er varierende i hvilken grad arbeidsgiverne kan tilby tilrettelegging, og at arbeidsgiverne ofte ikke vet selv om hvilke muligheter som finnes. Noen av legene erkjenner at de gjerne skulle visst mer om den enkelte arbeidsplass, men at de ikke har kapasitet til å gå inn i dette. Andre leger mener at de ikke trenger å vite så mye om arbeidsplassen og at de derfor heller ikke har behov for kontakt med arbeidsplassen. En av legene forteller:

G: (...) Altså det holder for meg å vite at han er snekker, da vet jeg stort sett hva en snekker gjør. Og hvis han er rørlegger så vet jeg at han kryper inni skap og. Altså jeg vet jo stort sett hva yrkene er, men det er jo noen yrker du ikke kjenner da (...).

En annen lege skyter inn:

C: «Men det vi ikke vet er hvor mulighetene egentlig er til å tilrettelegge på akkurat *den* arbeidsplassen. Det vet vi ikke og det er det noen andre som vet enda bedre enn deg da.»

Når det gjelder samarbeidet med NAV så opplever legene å få lite tilbakemeldinger fra veilederne. Når de ber om tilbakemelding så forventer de å få det. De har imidlertid forståelse for at de ansatte i NAV også har mye å gjøre:

G: (...) Det er ikke så lett å være nav-konsulent heller da. Dem har jo tjukke bunker og hauger og tidsfrister og det ene og det andre, så det er jo en egen... hele systemet spiser seg jo rundt, alle svømmer i papir.

Det fremkommer for øvrig at det lett kan oppstå konflikter mellom legene og veilederne i NAV, og at mye tyder på at dette bunner i forvalterrollen til NAV. Dette skal jeg redegjøre for under neste punkt.

4.3.5 NAV sin forvalterrolle gjør samhandlingen vanskelig

Det er mye som tyder på at spesielt samhandlingen mellom NAV og legene kan være vanskelig. NAV har en forvalterrolle som kan komme i konflikt med legens behov for å ha tillit til sin pasient. Både NAV og legene gir uttrykk for at NAV sin forvalterrolle kan oppleves som en barriere for en god samhandling. Legene opplever at de har mange ulike roller, alt fra portvokter til sjelesørger. De opplever at deres vurdering noen ganger blir satt i tvil av NAV, og forteller at dette kan være veldig utfordrende i samarbeidet:

G: (...) Så sykefraværarbeid er veldig vanskelig, for du er tvungen mellom å være portvokter, prøve å gjøre en riktig vurdering, og når du da endelig mener å ha kommet til konklusjon så blir den satt i tvil. Og så skal du forhandle med pasient, og så skal du forhandle med NAV. Og jeg skal sitte på kvelden og skrive. Og så tenker jeg, hva er det som kommer ut av det her, det er egentlig ingen ting. Så jeg er enig med deg, la oss slippe hele greiene. Det hadde vært det aller beste.

Den samme legen beskriver forholdet mellom dem og NAV som en kamp:

G: (...) Det andre er at de gangene jeg mener det er indisert med sykmelding, jeg er helt overbevist om at det er riktig å sykemelde så må jeg kjempe en annen kamp. Da må jeg kjempe mot NAV som på død og liv skal ha aktivitetskravet oppfylt. Så må jeg drive og skrive og skrive og skrive, og forklare med stor hammer og sag at sånn er det. Og så blir på en måte min rolle betvilt. At jeg er for snill, at jeg er ettergivende og det jeg skriver er fake, og så stopper dem fordundrende sykepengene på ordentlig sjuke folk (...).

NAV på sin side savner større forståelse fra legene på at det er deres rolle å forvalte regelverket:

D: (...) Det er veldig viktig for oss at legen skriver veldig konkret og klarer å svare på vårt spørsmål som er viktig for bruker eller pasienten. Så jeg forventer litt mer på sykmeldinger, litt bedre samarbeid med legen, eh... at legene har forståelse for at vi trenger det, og ikke bare blir sure på oss: at det er et byråkrati, at det er NAV og fordi vi må sitte og følge med og skrive legeerklæringer og sykmeldinger til dere (...).

En ansatt i NAV forteller at de ofte må tilskrive leger for opplysninger om funksjonsevne, da legene sjelden skriver noe om dette. Hun forteller:

E: (...) «Så da må jeg etterspørre funksjonsbeskrivelse da. Det er ofte det vi gjør da, med noen konkrete spørsmål, så sier dem: men jeg skriver jo at ikke hun kan jobbe. Det er funksjonsbeskrivelsen. Hun kan ikke».

De ansatte i NAV opplever at det er et sårt tema for legene dersom det blir stilt spørsmål rundt det dem har skrevet:

E: «Legen har vel mye følelser rundt det hvis vi har stilt spørsmålstegn ved det dem har skrevet da, eller... det er et sårt tema for legene. Det kan vi merke innimellom».

Legenes manglende informasjon til NAV kan i verste fall føre til økonomiske konsekvenser for pasienten, og legene kan da gå inn i en rolle som pasientens advokat.

4.3.6 Legen blir pasientens advokat

NAV-ansatte forteller at det oftest oppstår problemer i samhandlingen med legene når det er noen som helst form for stans av penger til den sykmeldte inne i bildet. De forteller at stans av ytelse ofte skyldes at legene ikke har levert det NAV har bedt om av opplysninger, eller det er vurdert at den sykmeldte ikke fyller vilkårene for videre ytelse. De opplever at legene ikke leser beskjedene som NAV skriver, og at de ved stans av ytelse går inn i en rolle som pasientens advokat:

C: «Nei, de leser ikke det, vi får bare spørsmålet tilbake med: Jeg stiller meg spørsmål til hvorfor NAV har avslått søknaden».

Veilederne i NAV opplever at mange leger har fokus på andre forhold enn det rent medisinske og forhold til knyttet til funksjonsevne, og at de uttaler seg om mange forhold som de ikke skal uttale seg om:

C: Det er jo mye av det som er sagt, men det er jo også en forventning om at de faktisk skal svare på det som blir spurt om, ikke alt mulig annet, og at de ikke er brukerens advokat, som de i mange situasjoner er. Og oppfører seg som høflige mennesker, som (navn på annen respondent) sa. Vi får jo mye dritt av det, fordi vi forvalter de lovene da. Og at de...ja...slutter å uttale seg om det de ikke skal uttale seg om.

En veileder forteller:

A: (...) De legene vi sliter mest med er de som har veldig fokus på sosiale, økonomiske utenforliggende, ytelsesorienterte, som har veldig fokus på andre ting enn sykdom. Det trøbler det veldig til, også for pasienten. For at de legene som er veldig strikte på å holde seg til medisin, dem har en mye mer avklart relasjon til pasienten sin. Og da blir det lettere for pasienten å tenke at alt det andre må jeg ta med NAV eller arbeidsgiver eller en annen behandler i spesialisthelsetjenesten... da blir det mye ryddigere roller.

Fordi legene noen ganger opptrer som om de er pasientens advokat, så opplever veilederne i NAV at samhandlingen med legene kan beskrives som en evig kamp som er veldig demotiverende for dem. Spesielt i forhold til uenighet rundt

gradering av sykmeldinger, eller når arbeidsgivere bestrider⁵ sykmeldinger. NAV opplever at legen ofte tar brukerens parti når NAV ber om ytterligere opplysninger fra legene. Mange veiledere i NAV synes dette er en vanskelig prosess, og at forvalterrollen er en ubehagelig rolle hvor de opplever at alt blir NAV sin skyld:

A: Men det er vi som tar den støyten da.

E: Ja, det er det. Det er vi som må ta opp det

A: Det er vi som får kjeft.

E: Det er vi som må ta det opp...

A: Det er vi som må krangle med legen, og da er det ikke sikkert at legen blir så fornøyd.

Flere veiledere forteller dessuten at de har opplevd at legene har vært ufine mot dem. En av veilederne forteller:

A: (...) Men det er jo der vi ber om noe fra leger, altså jeg forventer i det minste at de oppfører som folk. Det er en del leger som blir ufine, det synes jeg er rart, for vi er jo veldig høflige i NAV.

Faktisk. Vi er jo det. Og jeg forventer at de har litt forståelse for at når vi ber om noen ting, som ofte går på arbeid og aktivitet, at de forstår det (...).

En annen veileder i NAV forteller at vedkommende har opplevd å bli skjelt ut av en lege:

C: Det er ikke så lenge siden det var en lege som satt og skrek jævla NAV til meg...over en lang stund

M: Hva sa du han skrek?

C: Jævla NAV (ler). Å bare... dere er så terrorister og...

⁵ Bestride en sykmelding innebærer at arbeidsgiver informerer den ansatte og NAV om at sykepengene i arbeidsgiverperioden ikke vil bli utbetalt. NAV undersøker saken og fattet vedtak om det skal innvilges sykepengene eller ikke. Hvis NAV kommer til at arbeidstaker fyller vilkårene for sykepengene, så forskutterer NAV sykepengene i arbeidsgiverperioden og krever refusjon fra arbeidsgiver. Arbeidsgiver kan anke saken inn for Ankenemda for sykepengene i arbeidsgiverperioden. Kilde: (NAV, 2017)

Det er ikke bare NAV som forteller at de opplever at legene fremstår som pasientens advokat. Også arbeidsgiverne forteller om samme opplevelse. Den ene arbeidsgiveren uttrykte:

F: «Ja, for at dem...det er jo...pasientorienterte skal de jo være, men de blir jo noen ganger pasientens advokat» (...).

Og følger opp med:

B: For det er liksom veldig sånn taushetsbelagt, og det er veldig; den er min, og jeg er...det er min pasient, jeg verner veldig om... Og det er bra det, men det skal jo ikke være noe truende å møte oss og vite hva vi kan stille opp med, det er jo bare...det er bra.

Legene bruker også selv begrepet «pasientens advokat» om seg selv. De forteller at de kan innta denne rollen dersom pasienten er redd for ikke å bli trodd av NAV, for eksempel i dialogmøte. I slike saker mener de det er svært viktig at de deltar i dialogmøte:

F: Av og til er det litt for å være den støtten

D: Ja, den backingen

B: Jajaja, Av og til så er jo det

F: Noen ganger så gruer jo pasientene seg veldig, og redd for at ikke de skal bli trodd

B: Mmm

F: Jeg føler jo at vi er deres advokat, og det er vi jo av og til og.

4.3.7 Oppsummerende drøfting

Som gjort rede for over så fremkommer det at aktørene har ulike forventninger til hverandre. Forventninger er i henhold til institusjonell teori en del av de institusjonelle omgivelsene som aktørene må forholde seg til. Forventninger er sosialt skapte normer for hvordan organisasjoner bør være utformet (Christensen, Egeberg, Lægroid, Roness, & Røvik, 2015, s. 76), og disse viser til hva som er et allment akseptert syn på hvordan organisasjoner og deres aktører bør opptre. For at aktørene skal oppleve å ha sosial legitimitet i omgivelsene så er det viktig at de forsøker å tilpasse seg omgivelsenes krav og forventninger (Hatch, 2001, s. 103).

Når man skal analysere organisasjoner så mener Hatch (2001) at det er viktig å analysere hvor det institusjonelle trykket i omgivelsene kommer fra (Hatch, 2001, s. 104). I arbeidet med oppfølging av sykmeldte kan man anta at mye av forventningene som aktørene har med seg inn i samhandlingen kommer fra de lover og regler som ligger til grunn for oppfølgingsarbeidet. Samtidig kan man anta at institusjonelle logikker hos den enkelte aktør blir formet av den lovgivning som ligger til grunn, i tillegg til at både utdanning, egen erfaring og kulturen i den organisasjonen man tilhører spiller inn. Man kan således si at det institusjonelle trykket fra aktørene i sykefraværsoppfølgingen er både tvingende og normativt i henhold til DiMaggio og Powell sin definisjon (DiMaggio & Powell, 1983, s. 150).

Funnene fra undersøkelsen kan tyde på at legene ikke har den sosiale legitimiteten hos de andre aktørene, og at heller ikke NAV har sosial legitimitet hos legene. Dette kan henge sammen med at legene kanskje opplever at det er viktigere å tilpasse seg de tekniske omgivelsene, da de er avhengig av å overleve på et marked som selvstendig næringsdrivende. NAV på sin side kan være mer opptatt av å tilfredsstille de institusjonelle omgivelsene, da de er politisk styrt og ønsker å vise at de når de målene som politikerne har satt for dem. NAV, legene og arbeidsgiverne kan således ha ulik institusjonell tilknytning, og det kan være at de forsøker å tilpasse seg de omgivelsene hvor de opplever at tilknytningen er størst.

Som jeg har vært inne på tidligere så er det mye som tyder på at legene ikke opplever å tilhøre samme organisatoriske felt som de andre aktørene. De kan oppleve å bli tvunget inn i dette gjennom fastsatte lover og regler, gjennom såkalt isomorfisme. Hvis koordineringen er tvunget gjennom som følge av den ene organisasjonens dominans så kan interessekonflikter og negative evalueringer av de andre aktørene bli intensivert (Benson, 1975, s. 10).

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet så kan det lettere oppstå konflikter og maktkamper mellom aktørene dersom aktørene har helt sammenfallende domener (Thorelli, 1986, s. 40). For at det skal oppnås domenekonsensus så må aktørene være enige om hva som er passende rolle og spillerom, og det må være en viss enighet om hvem som er eier av ulike domener (Levine & White, 1961, s. 597). På bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen så kan det argumenteres for at det

foreligger en domenekonflikt mellom aktørene, og at denne har sitt utspring i at aktørene har et felles interessefelt i domenet som jeg har valgt å kalle «vurdering av arbeidsevne».

Som det ble vist til i teorikapittelet så hevdes det at de viktigste institusjonelle agentene er staten og profesjonene. I arbeidet med oppfølging av sykmeldte så møtes disse to agentene rundt domenet «vurdering av arbeidsevne». Fordi begge aktørene er formet av sitt medlemskap i en organisasjon så kan man si at de møtes med ulike institusjonelle logikker. Dersom legene i kraft av sin profesjon har et medisinsk utgangspunkt i møte med sin klient, og NAV har en byråkratisk logikk i form av at de skal vurdere om vilkårene for sykepengen er oppfylt, så kan det oppstå det som Freidson (1986) kaller for en profesjon-byråkrati konflikt. Denne konflikten innebærer at legene kan oppleve at behovet til pasienten er noe annet enn det lover og regler tilsier at pasienten kan oppnå (Freidson, 1986, s. 168).

Det kan videre argumenteres for at det er uklart for aktørene hvem som er eier av dette domene og hvor grensene går. Dersom det ikke er klart for aktørene hvilken rolle den enkelte har i dette arbeidet og hvor ansvaret stopper, så kan noen aktører oppleve at andre aktører er domeneoverskridende og beveger seg inn på deres område. Abbot (1988) beskriver at det i slike situasjoner kan oppstå territoriell atferd hvor aktørene har en tendens til å forsvare eget domene (Abbott, 1988, s. 140). Det kan være dette vi ser når legene reagerer på henvendelser fra arbeidsgiver eller på at NAV stiller spørsmål ved deres vurderinger.

En annen forklaring til at konflikter oppstår kan være at aktørene opplever at det er et skjevt maktforhold mellom dem. Jeg skal illustrere dette ved å vise til en maktmodell presentert av Danermark (2004). Modellen er en videreutvikling av en modell utviklet av den norske sosiologen Stein Bråten. Utgangspunktet er at to eller flere aktører skal samarbeide om *noe*, et objekt. Aktørene har da en utviklet forestilling om hva som kjennetegner objektet, og denne forestillingen er påvirket av deres interesse og behov for å gå inn i samarbeidet (Danermark, 2004, s. 23).

Våre forestillinger formes gjennom utdanning, våre kolleger og hverdagslige erfaringer, og Danermark beskriver dette som en sosial prosess (Danermark, 2004, s. 26). Dette er i tråd med hvordan Scott & Davis (2007) beskriver institusjonalisering: «the process by which actions are repeated and given similar

mening by self and others» (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 260). Man kan således si at det er slik institusjonelle logikker, eller ulike bilder av objektet, utvikles innenfor et miljø.

Danermark viser til fire forskjellige konstellasjoner som kan oppstå i et samarbeid. I den første konstellasjonen har aktørene ulike bilder av objektet, og det blir en maktkamp om hvem som har det riktige bildet. Den andre konstellasjonen oppstår når en av aktørene mer kunnskaper enn andre om det de skal samarbeide om. Danermark viser til et eksempel om samarbeid mellom psykiatrien og sosialtjenesten, hvor de skal samarbeide om pasienter med doble diagnoser. Fordi aktører innenfor psykiatrien har både utdanning, kunnskap og instrument for diagnostisering, og sosialtjenesten mangler dette, så blir aktørene innenfor psykiatrien karakterisert som modellsterke og aktørene innenfor sosialtjenesten blir karakterisert som modellsvake. I den tredje konstellasjonen har ingen av aktørene noen forestilling om hva de skal samarbeide om, og aktørene må sammen innhente ny kunnskap. Ingen av aktørene i denne konstellasjonen betegnes som modellsterke. Den siste konstellasjonen er når alle aktørene har sammenfallende bilder av objektet, og aktørene er enige om det de skal samarbeide om. Her er alle aktørene modellsterke. Danermark viser til at det er i situasjoner hvor alle aktørene er modellsterke, og hvor de har ulike bilder av objektet, at det er stor risiko for at det kan oppstå maktkamp mellom aktørene (Danermark, 2004, s. 38). Samtidig er det konstellasjoner hvor minst en aktør er modellsvak som bør vies mest oppmerksomhet, slik at man sikrer å ivareta de modellsvakes interesser (Danermark, 2004, s. 34).

Jeg har utformet en firefeltstabell for å illustrere modellen, se figur 7. Modellen beskriver de fire konstellasjonene og risikoen for at det skal oppstå konflikt mellom aktørene. Hvorvidt det oppstår konflikt er avhengig av om det er skjevhet i maktforholdet mellom aktørene, og om de opererer med like eller ulike virkelighetsforståelser:

Risiko for konflikt

		Modellsterk	Modellsvak
Risiko for konflikt	Modellsterk	Hvis ulik virkelighetsforståelse: Stor risiko	Stor risiko
	Modellsvak	Hvis lik virkelighetsforståelse: Liten risiko	Liten risiko

Fig. 7

Både legene og de ansatte i NAV beskriver at de noen ganger opplever samhandlingen som en kamp. I utgangspunktet så kan man argumentere for at både NAV, arbeidsgivere og leger er modellsterke og at de kommer inn i samhandlingen med ulike bilder, eller ulike logikker. Legen, NAV og arbeidsgivere har alle roller som er regulert i lovverk og alle besitter mye kunnskap om sitt område. Med dette som utgangspunkt er det mye som tilsier at alle aktørene har mye makt i kraft av sin rolle, og det er ifølge Danermark stor risiko for maktkamp. Gjennom å analysere funnene nevnt over så er det imidlertid også mulig å argumentere for at det er en skjevhet i maktforholdet mellom aktørene, og at dette også kan bidra til den maktkampen vi ser.

Profesjonsutdanning kan gi en aktør mer eller mindre makt (Danermark, 2004, s. 49). Legene har i kraft av sin profesjon makt til å sette diagnoser og behandle pasienter, noe som gir dem betydelig makt i de fleste forhold som angår deres virke. Legene har derfor vanligvis en sterk stilling i sykefraværarbeid. Når det kommer til samhandling med de andre aktørene, så er det mye som tyder på at legene ikke opplever å ha like mye makt i denne relasjonen, og at dette bidrar til frustrasjon blant legene. Konfliktene som oppstår spesielt med NAV kan ha sin årsak i at legene føler seg maktesløse, og at dette er en uvant situasjon for dem. Det kan være dette som kommer til uttrykk når både arbeidsgiverne og NAV viser

til at legene har mye følelser og kan bli provosert når det blir stilt spørsmål ved vurderingene deres. Kanskje opplever legene det også som ydmykende overfor sin pasient at deres vurderinger blir betvilt.

På en måte kan man si at det er legen som blir den modellsvake i denne konstellasjonen. Selv om legene besitter kunnskap som både NAV og arbeidsgiverne har behov for, så er det NAV som har mandat til å fatte endelige beslutninger i forhold til ytelser. Selv om NAV kun utøver makt innenfor eget domeneområde, så får deres beslutninger også konsekvenser for den sykmeldte sin økonomi. NAV sitt maktområde blir således domeneoverskridende, fordi det får konsekvenser for deres pasient. Dette innebærer at legene tvinges til å forholde seg til NAV og gi de opplysninger som er etterspurt, hvis ikke er det stor risiko for at forholdet til den sykmeldte, deres pasient, kan bli skadelidende. Dersom den sykmeldte opplever at legen ikke gjør jobben sin så kan legen miste både anseelse og inntektsgrunnlag, i form av dårlig rykte og færre pasienter. NAV blir derfor en modellsterk aktør i denne sammenhengen.

Selv om legene i henhold til deres etiske retningslinjer skal ivareta pasientenes interesser (Legeforeningen, 1961), så kan man ut fra dette perspektivet si at legene også har en økonomisk egeninteresse i å opprettholde et godt forhold til sin pasient. I tillegg har aktører som staten en helt spesiell makt over andre aktører (W.R. Scott & Davis, 2007, s. 266-267). Interaksjon mellom aktører hvor en av aktørene har mandat i form av f.eks lovverk har en tendens til å være preget av mindre samarbeid, og interaksjonen er mer intens og ubalansert i favør av den statlige aktøren (Aldrich, i Hall et al., 1977, s. 2). Dette kan forklare hvorfor legene opptrer som den sykmeldtes advokat i noen tilfeller, da den sykmeldte kan oppfattes som en svak part sammenlignet med en statlig myndighet.

4.4 Uenighet om faglig standard

Flere av respondentene i arbeidsgivergruppene og NAV-gruppene gir uttrykk for at de ikke er fornøyd med hvordan legene utfører jobben sin. Jeg skal i dette kapittelet gi et bilde av hvordan dette kommer til uttrykk. Som det ble presentert i

pkt 4.3.5 som omhandlet NAV sin forvalterrolle så kan også legene være misfornøyd med NAV sine faglige vurderinger. Jeg har definert dette som at aktørene jobber etter ulik faglig standard.

4.4.1 Legene sykmelder for lett

Både arbeidsgiverne og NAV uttrykker at legene bør gjøre flere vurderinger før de utsteder sykmeldinger. De opplever at sykmeldingsgrunnlaget er uklart i

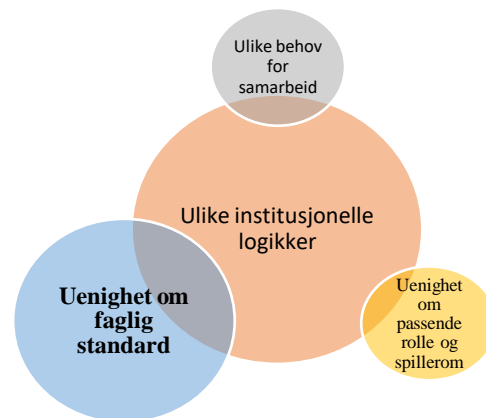


Fig. 8

mange tilfeller, og de har lite tillit til at det alltid ligger sykdom bak en sykmelding. Arbeidsgiverne forteller at de kan se et mønster i mange av sykmeldingene og i fraværet hos den ansatte. De reagerer også på at sykmeldinger nesten alltid blir utstedt fra mandag til fredag uten nærmere vurdering. En av arbeidsgiverne forteller:

D: Det er ytterst sjelden at noen er hjemme i to dager

C: Det er nok litt forskjellig det, men du har noen som du føler blir sjukemeldt på veldig tynt grunnlag, og det er sånn gjentakende.

Også NAV uttrykker manglende tillit til legene når det gjelder deres vurdering ved utstedelse av sykmelding. De ansatte i NAV tror mange sykmeldinger kunne vært gradert på et tidligere tidspunkt og at sykmeldinger kunne vært unngått dersom legene hadde gjort flere vurderinger. De opplever at mange av graderingene og friskmeldingene kommer først når systemet krever en aktivitet. For eksempel forteller de at de opplever at mange blir friskmeldt når de får innkalling til dialogmøte 2, eller at aktivitet kommer i gang først ved 8 uker når aktivitetskravet slår inn for fullt:

B: «Jeg ser...jeg har ofte fått sykmeldinger hvor det står; er nå gradert fordi at NAV krever det».

Respondenter fra både arbeidsgiverne og NAV forteller at legene ofte ikke kjenner til hva den ansatte gjør på arbeidsplassen. Flere forteller om erfaringer hvor legen har kommet på dialogmøte og ikke har kjennskap til hva pasienten jobber med og hvilke arbeidsoppgaver vedkommende har. De mener det er helt vesentlig at legen kjenner til hva pasienten jobber med og hvilket arbeid vedkommende sykmeldes fra. Dette er også avgjørende for at legene skal kunne klare å skrive gode funksjonsvurderinger. En ansatt i NAV forteller:

B: Det er viktig at funksjonsevnen er relatert til arbeidsforholdet ditt da. Det er ikke alltid de helt forstår det engang, og det er jo veldig nyttig for en lege å vite hvor pasienten jobber. Det er mye lettere å lage funksjonsvurderinger (ler). Og det blir mye lettere for en arbeidsgiver å *forholde* seg til en funksjonsvurdering.»

Den ene arbeidsgiveren sier:

B: (...) For jeg opplever...jeg har kommet til dialogmøter med en kollega og en ansatt og så tror dem at det er en renholder som sitter der... og man kommer med en produktutvikler. Det hører ikke noe steds hjemme (...).

Dersom arbeidsgiver mener at en sykmelding ikke er reell, for eksempel ved at de sitter på informasjon som gjør at de har grunn til å betvile sykmeldingsgrunnlaget, så forsøker de noen ganger å bestride sykmeldingen. De opplever imidlertid at det blir mye støy når de gjør dette:

C: (...) Du skal ha ned sykefraværet helt klart og så har vi da en aktør som er helt på sida...som skriver ut...og det er nå en gang de som gjør det og så blir det mye støy hvis vi skal bestride eller prøve å bestride, ikke sant...; Dette her mener vi ikke er riktig.

Videre opplever arbeidsgiverne at det er betenkelig at den sykmeldte kan gå rett tilbake til sin fulle stilling så fort dem har nådd maksdatoen, og at dette underbygger at den sykmeldte kanskje kunne begynt å jobbe på et tidligere

tidspunkt dersom legen hadde gjort de nødvendige vurderingene. Den ene arbeidsgiveren forteller:

C: Og så kan vi sammen kanskje være enda... snakke enda mer med ansatte om det med... denne maksdatoen da, altså det å bli gradert, komme tilbake, altså den kommer jo veldig fort på, og at vi... jeg har jo vært borti noen som har gått akkurat til maksdato og så har man kommet helt tilbake til sin 80 prosent stilling neste dag, altså... tenk at vi har latt det gå så langt, altså vi sammen

B: Ja, det er magisk hva den maksdatoen kan gjøre.

NAV er på lik linje med arbeidsgiverne opptatt av hva som skjer når den sykmeldte har nådd maksdato på sykepenger. De gir uttrykk for at de synes det er rart at man kan gå fra 100% syk til 100% frisk den dagen ytelsen opphører. En ansatt i NAV omtaler denne natta som «mirakelnatta»:

A: Vi hører jo det stadig at... at lederne sier at det er jo mye friskhet i en maksdato.

B: Jada, det er jo det.

A: Sånn er det

F: Mirakel... mirakelnatta.

(latter)

De ansatte i NAV reagerer også på at det ikke alltid er samsvar med hvor syk legen opplyser at den sykmeldte er, og den behandlingen som blir igangsatt:

E: «For da er dem jo så alvorlig syke at dem ikke kan stå i jobb, men hvorfor er en samtale i måneden tilstrekkelig behandling da, hvis dem er såpass dårlig».

De ansatte i NAV forteller videre at arbeidsgivere i større grad bestrider sykmeldinger nå enn tidligere. De forteller at de ikke kan huske å ha fått bestridelser i like stor grad for bare noen år siden, og at dette nå har økt betydelig i omfang:

B: Jeg syns veldig ofte dem er veldig på hvis det er på en måte noe dem...

A: Er uenig i

B: holdt på å si, har sett det på Facebook at den er der...

(flere snakker samtidig)

B: Den bør ikke NAV gi noen sykepenger, liksom...

Den ene arbeidsgiveren mener at legene burde blitt fulgt opp av NAV i etterkant av en sykmelding, slik at NAV og legen kunne evaluert hva som har skjedd i sykmeldingsperioden. Legen ville da kunne reflektere over hvorfor den sykmeldte plutselig kan være i arbeidsrelatert aktivitet:

B: Men da tenker jo jeg at hvis den som da er sykmeldt hadde blitt.... at legen hadde måtte tatt en sånn oppfølgingstime når da sykmeldinga er over, og at det kanskje var noen fra NAV som hadde hatt oppfølging i etterkant så... der man kanskje bare må begynne å tenke. Og legen selv og må tenke; Hva er det som gjør at til og med 12/9 så kan jeg ikke gjøre noen ting, men fra 13/9 så er jeg hundre prosent frisk... Så kan jeg fungere hundre prosent. Ja, det er jo noe som skurrer.

4.4.2 NAV får ansvaret

De ansatte i NAV opplever også at legene noen ganger ikke gjør noen medisinsk vurdering, men at de isteden skyver saker over til NAV når legene selv er usikre på sykmeldingsgrunnlaget. På tross av tvil så utsteder legene sykmelding, og det blir da NAV som får ansvaret. Dette synes å irritere de ansatte i NAV:

E: Men jeg opplever innimellom at dem sykmelder... for dem vet en del fastleger, at bruker du den diagnosen med konflikt på arbeidsplassen eller... så vet dem at det genererer ikke...

B: Så får du ikke sykepenger

E: Nei, og så gjør dem det kanskje allikevel for å legge ballen over til oss da, så får vi ta tak i det fordi vi er i dialog med arbeidsgiver

D: En annen gang opplever vi kanskje å lese en beskjed til oss mellom ordene

E: Mmm

A: Da er jo sikkert legen litt irritert sjøl, men det er eneste måten å gjøre det på liksom

D: Ja og så bare kaste ballen til oss

(Mange snakker samtidig)

Legene selv bekrefter langt på vei NAV sine erfaringer. Selv om det ikke ble spurt direkte om dette i intervjuet med legene, så kom legene inn på dette temaet selv. De forteller at det å være lege oppleves som veldig vanskelig i mange situasjoner, da de selv også ofte er i tvil om sykmeldingsgrunnlaget. En av legene uttrykte:

E: «Mye av de sykmeldingene har jo lite med medisin å gjøre egentlig».

Legene forteller at de må stole på det pasientene deres forteller dem. Selv om de er i tvil så utsteder de sykmelding, ofte med en kommentar til NAV. De forventer da at NAV går inn og foretar seg noe. I intervjuet med legene ble det diskutert ulike måter de kunne gi beskjed til NAV på dersom de selv mener sykmeldingene er tvilsomme:

A: Kanskje vi skal lage et tegn...Jeg tenker at hvis det er noen ugler i mosen, at jeg skriver med hashtag eller noe sånt, så de skjønner at det her er litt sånn uklar sykmelding
(latter)

A: Hashtag juksing.

4.4.3 Oppsummerende drøfting

Benson (1975) viser til at det er viktig at det er enighet blant deltakende organisasjoner når det gjelder oppgavenes art og de passende tilnærmingene til disse. Han viser til at det er en forutsetning for samarbeid at aktørene har både ideologisk og kvalitetsmessig kompatibilitet (Benson, 1975, s. 236). Ideologisk kompatibilitet kan omfatte syn på hva som er god terapi, gode arbeidsmåter, gode behandlingsformer osv (Knudsen, 2004, s. 45). Med kvalitetsmessig kompatibilitet menes partenes vurdering av hverandres faglige prestasjonsnivå. Enheter som skal samarbeide bør ha et noenlunde likt kvalitetsnivå slik at de har respekt for hverandres arbeid. Dette innebærer at potensielle samarbeidspartnere må stå for det samme, og oppfatte at de har noenlunde likt faglig kvalitetsnivå for at samarbeid skal fungere bra (Knudsen, 2004, s. 45).

Fremstillingen over kan tyde på at aktørene ikke ser ut til å være kompatible verken når det gjelder ideologi eller kvalitet. På bakgrunn av funnene som er presentert over så er det nærliggende å konkludere med at aktørene jobber etter ulike ideologier, hvor arbeidslinjen er den dominerende hos NAV og

arbeidsgivere, og at legene styres av en ideologi knyttet til sin profesjon som handler mer om medisin, behandling og tillit til sine pasienter. Disse ulike logikkene kan føre til at arbeidsgiverne og de ansatte i NAV ikke alltid forstår de vurderingene som legene gjør, og at legene heller ikke forstår vurderingene til NAV og arbeidsgiverne. Dette kan bli en kilde til konflikt mellom aktørene.

Benson (1975) viser til at et av tegnene på at det er balanse mellom aktørene er når det forekommer positiv evaluering av andre organisasjoner eller aktører, og at dette er en forutsetning for å oppnå det han kaller for interorganisatorisk likevekt. Ifølge Benson spiller dette en betydelig rolle for hvordan samhandlingen mellom aktørene forløper (Benson, 1975, s. 236). Hall et al. (Hall et al., 1977) fant lignende resultater i sin undersøkelse blant enheter som arbeidet med ungdomsproblemer. Undersøkelsen viste at positive evalueringer av de andre aktørene korrelerte med en positiv opplevelse av samhandlingen (Hall et al., 1977, s. 467).

Det kan være flere årsaker til at arbeidsgivere og NAV evaluerer legene negativt. Når arbeidsgiverne og de ansatte i NAV omtaler legenes faglige kvalitet slik de gjør så kan dette ha med legitimitet å gjøre, fordi legene ikke lever opp til de forventningene som de andre aktørene har til dem. Som det er redegjort for under pkt 2.1.7 så må organisasjoner ha legitimitet i omgivelsene for å overleve som organisasjon, og jo mer aktørene forsøker å tilpasse seg den rådende kulturen i omgivelsene jo mer støtte får de (Ineland, 2006, s. 104). Dersom NAV og arbeidsgiverne opplever at legene ikke tar inn over seg de politiske signalene om arbeidsrettet aktivitet, så kan de risikere å miste legitimitet hos disse aktørene. Legene kan imidlertid fortsatt ha stor legitimitet hos sine pasienter.

Som det tidligere er redegjort for, så må det blant annet være en viss enighet mellom aktørene om hvem som er eier av ulike domener dersom det skal oppstå domenekonsensus (Levine & White, 1961, s. 597). Aktører som har delvis overlappende domene kan konkurrere om å få ansvar for enkelte oppgaver, eller konkurrere om å få slippe å ta ansvar for å utføre visse oppgaver (Lindquist, 2000, s. 89). Som redegjort for over så opplever de ansatte i NAV at legene skyver sakene over til dem når de selv er i tvil om sykmeldingsgrunnlaget, og de ansatte i NAV kan forstå dette som at legene ønsker å slippe å ta ansvar for noe som de

oppfatter er legenes domene. Dette underbygger tidligere nevnte argumentet om at det har oppstått en domenekonflikt mellom aktørene.

4.5 Barrierenes konsekvenser

Som jeg har gjort rede for over, så har jeg funnet noen barrierer som ser ut til å ha betydning for hvordan samhandlingen mellom aktørene arter seg. Jeg har avdekket at aktørene har ulike behov for samarbeid, de er uenige om hva som er passende rolle og handlingsrom og de er uenige om den faglige standarden. Jeg har videre forsøkt å beskrive bakenforliggende mekanismer, institusjonelle logikker, som en forklaring på at disse barrierene oppstår og vedlikeholdes.

I forbindelse med analysen så er det også avdekket at disse barrierene har noen konsekvenser som ser ut til å være lite gunstig med tanke på det store samfunnsoppdraget som aktørene jobber mot. Som det fremgår av figur 9 så bidrar barrierene til lite informasjonsutveksling mellom aktørene, noe som igjen har som konsekvens at oppfølgingsarbeidet kommer sent i gang og kan forlenge perioden med arbeidsuførhet. I dette kapittelet skal jeg gi noen eksempler som belyser dette.

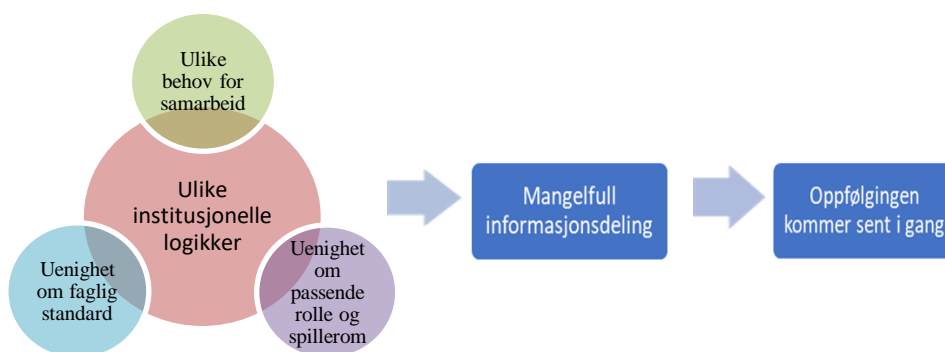


Fig. 9

4.5.1 Mangelfull informasjonsdeling

Som det er gjort rede for i pkt 4.3.2 så opplever arbeidsgiverne at det er vanskelig å samhandle med legene. Deres opplevelse er at legene ikke er interessert i kontakt med dem, og at de er lite villig til å dele informasjon. Dette bidrar til at arbeidsgiverne blir usikre på hvordan de skal følge opp den ansatte, fordi de opplever at de ikke innehar tilstrekkelig informasjon for å gå inn i saken. De

opplever at de mangler vesentlig informasjon for å kunne følge opp den sykmeldte på best måte, og at de som følge av dette blir veldig forsiktig i oppfølgingen:

B: Jeg har i hvert fall tenkt litt det som (navn på C) sier...jeg føler liksom at jeg er litt sånn; Hvor hardt kan man på en måte... hva kan man på en måte kreve av de...ja...hvis jeg liksom hadde visst at...jeg har liksom litt for lite kunnskaper til å kanskje helt sette inn støtet. Jeg føler man blir kanskje for forsiktig. Jeg blir litt avventende.

Arbeidsgiverne opplyser videre at bedre dialog med legene ville skapt større tillit til dem. Spesielt er de opptatt av de sakene som de beskriver som gjengangere, det vil si de sakene hvor det er gjentatte sykefravær. De opplever at dette er de vanskeligste sakene å håndtere, da de er usikre på om sykmeldingen er arbeidsrelatert og om det kan ligge en konflikt i bunn. Dersom den ansatte ikke vil dele informasjon selv, så blir det vanskelig for dem å vite hva de skal gjøre. De uttrykker frustrasjon fordi de opplever å ikke komme noen vei med disse sakene, og de blir da «gående i en sirkel».

Arbeidsgiverne forteller at de opplever at det er vanskelig å få legene til å delta på dialogmøte, og at møtene derfor ofte holdes på legekantorene. De gangene legene deltar i dialogmøte opplever det at de kan være svært sparsommelig med hvilken informasjon de deler. De forteller at det varierer veldig hvor åpne legene er, og at dette kommer an på om de har fått tillatelse fra den sykmeldte til å si noe. På spørsmål om hvordan de opplever dialogmøte som samhandlingsarena, så svarer den ene arbeidsgiveren:

B: Det kommer helt an på den ansatte. For i hvert fall sånn som jeg har opplevd, så er det noen...de syns jo liksom at man kan snakke fritt og...mens noen, de får jo ikke...legen får jo ikke lov å si noe og...så det kommer veldig an på. Mange ganger så føler jeg at man ikke har fått noe ut av det fordi den ansatte er veldig tilbakeholden med informasjon.

Den andre arbeidsgiveren forteller dette om legenes engasjement i dialogmøte:

D: Ja, dem sitter jo der bare

B: Ja

C: Ja stort sett. De tar sine ti minutter – kvarter. Så var det den konsultasjonen, og så er det neste. Det blir sjelden noe som fører til noe annet da. Innimellom gjør det det, men vi savner at dem er mere på som du sier (henvendt til kollega).

NAV har samme opplevelse som arbeidsgiverne når det gjelder legenes deltakelse på dialogmøte:

C: Så er det mange leger...de vil ikke si noe heller...

E: Nei

A: Nei, de bare sitter i møte

E: Egentlig

C: Og vil ikke egentlig uttale seg om noe, og vil ikke presse på.

Veilederne i NAV forteller at de mange ganger også opplever det som vanskelig å få ærlig informasjon fra legene, og at legene gir dem altfor få opplysninger til at NAV skal kunne forstå alvorlighetsgraden av sykdommen og kunne ta stilling til aktivitetskravet:

A: De holder jo ting tilbake for oss egentlig, de skriver jo bare familietragedie, for eksempel, men hva...hva er det? Har du mista katten din, vi aner jo ikke

E: Nei, og vi har jo tiltak som de kan...

A: Det kan være veldig alvorlig og...

(Mange snakker samtidig)

A: De har jo kamuflert veldig alvorlige diagnoser og kommer med sånne svadasvar, og når vi ringer så er de i ferd med å dø omtrent...men da må legen si det

E: Mmmm

A: Så jeg vet ikke om de...om det går på demmes tillit, men hva tror de liksom, det er jo lettere å få sympati for pasienten hvis du er ærlig da, vi er jo ikke helt idioter her heller. Men vi må jo ha det... og det synes jeg ofte de kan skrive med en gang så vi får en forståelse,

nå sykmelder han Per på grunn av det, det kan komme på første sykmeldinga det, med en gang, så ser vi det.

Mangelen på informasjon påvirker i hvilken grad de ansatte i NAV har tillit til legene:

C: Men bare at legen hadde skrevet noe, ja bare at de hadde fylt ut sykmeldinga etter 8 uker ordentlig...egentlig...en ordentlig funksjonsvurdering da og skrevet noe om hvorfor vurderer du at hun må være 100 prosent, eller hvorfor vurderer du at man kan være 80 eller 60.
(Flere: ja)

C: Det hadde jo gjort at man hadde...ja, stolt mye mere på det da.

Manglende opplysninger fra legene genererer også mye ekstra arbeid for de ansatte i NAV. Dette opplyses som svært tidkrevende. En av veilederne forteller:

F: «Men jeg ønsker meg at legene skriver bedre sykemeldinger. Det ville hjulpet oss en masse, det hadde spart meg masse, masse timer arbeid, hvis de hadde skrevet det de vet».

NAV forteller at når de først får informasjon fra legen så kommer denne for sent. Mangelen på informasjon kan ha store konsekvenser for den sykmeldte i form av stans av ytelse. Først når ytelsen stanser så opplever veilederne i NAV å få den informasjonen de har etterspurt. Da har allerede relasjonen mellom NAV og den sykmeldte rukket å bli vanskelig, og de ansatte i NAV opplever at det er de som får skylda for manglende utbetaling:

E: Og når vi får for dårlige sykemeldinger som fører til stans, og dialogen mellom oss og bruker er kjempedårlig, for dem er så fortvila, for dem er ikke friske nok til å jobbe. Og så har vi for lite opplysninger, så da til slutt så kommer legen inn og opplyser om noe som er helt nytt for oss og som åpenbart fører til at dem ikke... at dem får være sykmeldt videre da, men da er jo dialogen allerede ganske kjørt mellom bruker og NAV veileder, og det er på en måte ikke vår skyld egentlig.

NAV fortsetter:

B: Det kan jo få veldig konsekvenser for brukeren da, pasienten, hvis ikke legen skriver godt nok.

A: Ja

E: Virkelig. Og så opplever vi jo at det er vår skyld allikevel. Eller dem opplever det sånn.

B: Ikke sant.

E: Men det er legen som har gjort en slett jobb.

4.5.2 Oppfølgingen kommer sent i gang

Ofte så er første fysiske møte mellom aktørene på dialogmøte 2 når vedkommende har vært sykmeldt i 26 uker. Både NAV og arbeidsgiveren som jobber virksomhetsrettet forteller at de i noen saker kommer inn tidligere enn dette, fordi de har jevnligesamarbeidsmøter hvor de går gjennom nye sykmeldingstilfeller. Arbeidsgiveren opplever imidlertid ikke at de kommer inn i sakene tidlig nok, og ønsker å få NAV enda tidligere på banen.

NAV-gruppen som jobber tradisjonelt forteller at de har lite kontakt med arbeidsgiverne utover dialogmøte 2:

E: Arbeidsgiver snakker vi stort sett ikke med før vi kaller dem inn til D2⁶, det er ikke så ofte vi er i kontakt med dem før...

A: Nei, det er ikke så ofte de ringer

B: Nei, det er veldig lite må jeg få si

A: Da er vel ofte en telefon det nærmeste vi kommer, vi kaller jo ikke inn en arbeidsgiver som sådan, det gjør vi jo ikke

E: Nei

A: Og vi har ikke noen digital mulighet til å skrive til de heller

E: Nei

Dette samsvarer med uttalelsene til arbeidsgiveren som ikke har etablert konkret samarbeid med NAV. Arbeidsgiveren forteller at de ikke har noen kontakt med verken NAV eller legene utenom dialogmøte 2. De forteller imidlertid at de selv

⁶ D2= Dialogmøte 2. Dette er møte som NAV kaller inn til, hvor den sykmeldte, arbeidsgiver og eventuelt lege skal delta.

tar initiativ til et tidligere møte dersom de har behov for det. På spørsmål om når de møter de andre aktørene i dialogmøte 2, så svarer en av de ansatte:

B: 6 måneder. Ja...

D: Det kan være før og, det er litt avhengig av...

B: (avbryter). Er det et gjentakende sykefravær eller noe som kommer tilbake...har vist seg gjennom flere år...da har vi nok gått ut mye tidligere. Og så går vi til legen og sier: burde vi ikke invitere NAV, og si at nå tror vi det går mot en skillevei på en måte. Vi mener i alle fall at alt som skjer før seks måneder er viktig for den ansatte.

Det er stor variasjon blant legene på deres syn om hvorvidt dialogmøtene oppleves som gode samhandlingsarenaer. Noen forteller at de synes det er bortkastet tid, mens andre forteller at de synes dialogmøter er gode samhandlingsarenaer hvor de får ny innsikt:

B: «Jeg synes det er litt ok å være der jeg...

F: Av og til

B: ...jeg synes jeg lærer mye av arbeidsgiver jeg»

Legene gir på lik linje med arbeidsgiverne og NAV uttrykk for at oppfølgingen kommer sent i gang, og at arbeidsmarkedstiltak burde bli satt i gang på et tidligere tidspunkt. Samtidig ønsker de ikke selv å være en aktiv aktør tidlig i forløpet:

E: Men NAV er aldri med på dialogmøte 1, er de det?

Flere: nei

E; Men det kunne de jo egentlig vært, og kommet inn så tidlig og liksom vært med på arbeidsdelen av sykmeldingen allerede da

F: Uten oss da

E: Uten oss ja

F: Ja

(latter)

4.5.3 Oppsummerende drøfting

Jeg har tidligere redegjort for at legene uttrykker lite behov for samarbeid med de andre aktørene. Når NAV opplever at informasjonen kommer altfor sent, så kan

dette ha sammenheng nettopp med at legene ikke selv ser nytten av å samarbeide med NAV. Dersom man ikke ser nytten av samarbeid, så kan man tenke seg at samarbeid oppleves som svært ressurskrevende for legene.

Legene har fortalt at det er svært tidkrevende å sende uttalelser og annen dokumentasjon til NAV. De har gitt uttrykk for at de har svært travle arbeidsdager, og at de hele tiden må prioritere mellom arbeidsoppgaver. Videre opplever de at dokumentasjonen de sender til NAV ikke fører til noe. Hvis legene opplever at arbeidet de legger ned ikke fører til noe verken for seg selv eller for deres pasient, så kan man ut fra legenes perspektiv forstå hvorfor det ikke er en prioritert oppgave å bruke tid på å dele informasjon med de andre aktørene.

Som det fremgår av den internasjonale forskningen på feltet så kan utilstrekkelig informasjon mellom aktørene både før og underveis i implementeringen føre til motstridende forventninger, noe som hindrer konstruktivt samarbeid mellom aktørene (Martin et al., 2012, s. 436). Når arbeidsgiverne og de ansatte i NAV gir uttrykk for at de ikke alltid har tillit til legenes vurderinger, så kan dette henge sammen med at de opplever at legene ikke forsøker å tilpasse seg de forventningene som NAV og arbeidsgiverne har til dem. I henhold til nyinstitusjonell teori så svekkes legitimiteten når omgivelsenes krav ikke innfris. Det at legene ikke har tillit hos de andre aktørene kan være et eksempel på dette.

Dersom det medfører riktighet at legene holder tilbake opplysninger for NAV og arbeidsgiverne så kan dette ha sin årsak i at heller ikke legene har tillit til NAV og arbeidsgiverne. Dette kan forklare hvorfor legene ser seg nødt til å gå inn i rollen som pasientens advokat som det ble vist til i pkt 4.3.6. Når legene opplever at NAV og arbeidsgiverne stiller spørsmål ved deres faglige vurderinger, så kan legene tolke dette som mistillit. Små tegn på mistillit kan endre relasjonen betraktelig mellom aktørene, slik at mistillit avler mistillit (Luhmann, Cederstrøm, Mortensen, & Rasmussen, 2000, s. 169-170). Dersom legenes samarbeid med de andre aktørene er preget av mistillit framfor tillit, så ser de kanskje heller ikke hensikten med å prioritere samarbeid (Ståhl et al., 2010, s. 306), noe som kan forklare hvorfor informasjonsflyten fra legene oppleves å være mangelfull.

4.6 Oppsummering av funn

Målet med denne undersøkelsen har vært å avdekke hva NAV, arbeidsgivere og leger opplever er barrierer for en effektiv samhandling i arbeidet med oppfølging av sykmeldte. Funnene fra undersøkelsen er oppsummert i figur 3. Det er avdekket at det i samhandlingen mellom aktørene finnes barrierer som kan vanskeliggjøre eller forsinke en rehabiliteringsprosess for sykmeldte. Funnene tyder på at NAV, arbeidsgiverne og legene opererer med ulike institusjonelle logikker som påvirker hvordan de vurderer behov for samarbeid med de andre aktørene og hvordan de vurderer egen og andre aktørers rolle i oppfølgingsarbeidet. I tillegg foreligger det funn som tyder på at de har ulik faglig standard i sine vurderinger. Disse barrierene bidrar til at informasjonsflyten mellom aktørene blir mangelfull og at oppfølgingsarbeidet kommer sent i gang.

Det er vanlig å legge til grunn at aktørene som jobber med sykefraværsoppfølging jobber innenfor samme organisatoriske felt fordi de jobber med samme brukergruppe og har noen av de samme arbeidsoppgavene (Grape, 2006, s. 52; Lindquist, 2000, s. 17). Aktørene har ulike roller og besitter ulike domener, men har felles interesse i domenet som jeg har valgt å kalle «vurdering av arbeidsevne». Dette er et delvis overlappende domene, som i faglitteraturen kalles for et interorganisatorisk domene.

Jeg har gjennom analysen vist at aktørene opererer med ulike institusjonelle logikker som styrer mye av det som skjer i samhandlingen mellom aktørene. Legene tenderer til å ha hovedfokus på medisinske vurderinger og behandling av sine pasienter mens arbeidsgiverne og NAV har hovedfokus på å bidra til at den sykmeldte kommer raskt tilbake i arbeid. Man kan argumentere for at legene styres av en profesjonslogikk, arbeidsgiverne av en markedslogikk og NAV av både en markeds- og byråkratisk logikk. Disse ulike logikkene påvirker hvordan aktørene opplever samhandlingen.

Når aktørene opererer med ulike institusjonelle logikker så får dette betydning for hvordan de vurderer eget behov for samarbeid med de øvrige aktørene. Jeg har vist at legene ikke opplever å ha samme behov for samarbeid som NAV og arbeidsgiverne. Legenes opplevelse er at de ikke styrer så mye av sykmeldingsarbeidet, da de mener det er andre faktorer utenfor deres

myndighetsområde som påvirker sykefraværet. De anser derfor heller ikke behovet for samarbeid som særlig stort. Det fremkommer at de ønsker lite innblanding fra både arbeidsgiverne og NAV. Arbeidsgiverne og NAV ser derimot på samarbeid som svært nyttig for deres eget oppfølgingsarbeid. Arbeidsgiverne er avhengig av informasjon fra legene for å kunne tilrettelegge arbeidet best mulig for den sykmeldte og er avhengig av bistand fra NAV dersom de selv ikke kommer noen vei med oppfølgingen. NAV er avhengig av legene for medisinsk informasjon slik at de kan ta stilling til aktivitetskravet, og de er avhengig av arbeidsgiverne for å kunne bidra til at den sykmeldte kommer tilbake i jobb.

Selv om aktørene har ulike behov for samarbeid så er de tvunget til en viss grad av samarbeid gjennom lovverk og forventninger fra omgivelsene. Det er imidlertid mye som tyder på at aktørene ikke har avklart hvilke roller de har overfor hverandre, noe som bidrar til at aktørene har ulike forventninger til hvordan de andre aktørene skal utføre sin del av arbeidet. Dette bidrar til konflikter, spesielt mellom legene og NAV. Legene kan oppleve at NAV kommer inn på deres domeneområde når NAV stiller spørsmål ved de vurderingene som de har gjort eller etterspør flere medisinske opplysninger. Det er mye som tyder på at det foreligger en domenekonflikt, og at dette er knyttet til domenet «vurdering av arbeidsevne».

Fordi NAV har legitim makt gjennom sitt mandat til å forvalte folketrygdloven så må de andre aktørene forholde seg til de krav NAV stiller. Det fremgår av datamaterialet at spesielt legene synes dette er vanskelig. Jeg har argumentert for at det foreligger et skjevt maktforhold mellom aktørene. Legene som vanligvis har en sterk posisjon i sykemeldingsarbeid opplever at den makten de har i form av sin ekspertise ikke alltid blir gjeldende i møte med NAV. Dersom NAV velger å bruke sin legitime makt til å for eksempel stanse en ytelse, så blir legene det som Danermark kaller for modellsvake aktører (Danermark, 2004, s. 38).

Fordi aktørene operer med ulike logikker så vurderer de også den faglige standarden svært forskjellig. Her er det spesielt NAV og arbeidsgiverne som evaluerer legenes faglige vurderinger negativt. De mangler tillit til de vurderingene som legene gjør, da de mener at den medisinske vurderingen ofte er

«tynn». Legene selv erkjenner at de mange ganger er i tvil om det er riktig å sykmelde. Når de allikevel gjør det så forventer de at NAV går inn og gjør noen vurderinger. NAV opplever dette som at legene ikke tar ansvar for sin del av jobben og at de skyver «problemet» til NAV slik at det er NAV som må ta ansvaret for manglende utbetalinger.

I tillegg til at aktørene styres av ulike institusjonelle logikker, så kan man også argumentere for at de styres av ulike institusjonelle omgivelser. Legenes fokus ser ut til å være å tilfredsstille de tekniske omgivelsene i form av å sikre inntjening og overleve på et økonomisk marked. Man kan si at de styres av en kost-nytte logikk. Selv om også arbeidsgiverne styres av et økonomisk marked, så tyder funnene i denne undersøkelsen på at arbeidsgiverne er vel så opptatt av forventninger fra de institusjonelle omgivelsene i form av at de har et samfunnsoppdrag som de skal forholde seg til. De styres således av både tekniske og institusjonelle omgivelser. Når NAV også jobber opp mot et marked i form av at de skal bidra til å tilbakeføre sykmeldte til arbeid, så kan man si at NAV i hovedsak styres av institusjonelle omgivelser, det vil si de krav og forventninger som politikere har til at de skal nå de målene som er satt for dem.

I følge institusjonell teori er det ikke tilstrekkelig kun å innfri de tekniske kravene fordi man da mister legitimitet fra de institusjonelle omgivelsene. Skal man overleve som organisasjon så må man også ha sosial legitimitet i omgivelsene. Dette oppnår man ved å prøve å tilfredsstille de institusjonelle omgivelsenes krav. Når NAV og arbeidsgiverne evaluerer legene negativt så kan dette skyldes at legene har mistet sin legitimitet hos disse aktørene. Når de tekniske kravene til en organisasjon er i konflikt med de institusjonelle kravene i omgivelsene, så kan en strategi for å løse dette være å forsøke å løskoble seg fra den formelle organisasjonsstrukturen, det vil si å tilpasse seg omgivelsene slik at man tilfredsstiller interessentene i omgivelsene (Lindquist, 2000, s. 84). Det er imidlertid lite i datamaterialet som tyder på at legene forsøker å tilpasse seg NAV og arbeidsgivernes forventninger til dem, og det kan være dette vi ser uttrykk for når NAV og arbeidsgiverne ikke er fornøyd med hvordan legene utfører sitt arbeid.

I henhold til nyinstitusjonell teori så er institusjonalistene opptatt av at organisasjoner som jobber innenfor samme organisatoriske felt tenderer til å bli mer like hverandre. I dette tilfellet kan det se ut som om NAV og arbeidsgiverne likner hverandre på mange sett i måten de tenker rundt sykefraværsoppfølging. Både arbeidsgiverne og NAV opplever at legene ikke tenker som dem og at de er helt på siden i dette arbeidet. Dette kan tyde på at legene ikke er så institusjonalisert som de andre aktørene. Det kan også være at legene ikke ønsker å være en del av det samme organisatoriske feltet som arbeidsgiverne og NAV. I følge DiMaggio og Powell er et felt institusjonalisert først når det er definert som et felt av aktørene (DiMaggio & Powell, 1983, s. 148). På bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen så kan det argumenteres for at legene ikke opplever å være en del av det samme feltet som arbeidsgiverne og NAV. Når legene forteller at de ønsker å slippe det som har med arbeid å gjøre, og kun forholde seg til sykdommen, så er det mye som indikerer at legene selv ikke har definert seg inn i samme felt som de øvrige aktørene.

De barrierene som er avdekket i denne avhandlingen har noen konsekvenser som kan ha stor samfunnsmessig betydning. Barrierene bidrar til mangelfull informasjonsflyt mellom aktørene. Arbeidsgiverne forteller at de har svært lite kommunikasjon med legene og opplever at legene ikke ønsker denne kommunikasjonen. Det meste av kommunikasjonen mellom dem går derfor via pasienten. Dette bidrar til at arbeidsgiver er helt avhengig av at den ansatte er åpen om situasjonen. Arbeidsgiverne blir som følge av dette avventende og forsiktig i oppfølgingen, og dette kan på sin side også prege innholdet i oppfølgingsplanene. Legene opplever at oppfølgingsplanene er innholdsløse og bekrefter arbeidsgivernes uttalelser om at de får all informasjon om tilretteleggingsmuligheter på arbeidsplassen fra pasienten selv. NAV som får informasjon fra alle aktørene, forteller at informasjonen de får fra arbeidsgiver vedrørende tilretteleggingsmuligheter ikke samsvarer med det pasienten har fortalt til legen. NAV ser derfor på seg selv som en koordinerende enhet som må gå inn og informere om at informasjonen ikke samsvarer.

Det ble lagt til grunn innledningsvis at ulike institusjonelle logikker ligger som en bunnlinje og styrer tanker og handlinger hos mennesker. Jeg har argumentert for at disse ulike logikkene er utgangspunktet for de tre øvrige barrierene som er

avdekket. Barrierene fører igjen til mangelfull informasjonsflyt, og oppfølgingen kommer sent i gang. Konsekvensene ved at aktørene ikke kommuniserer tilstrekkelig bidrar på sin side til å opprettholde de institusjonelle logikkene. Man kan således argumentere for at det har oppstått en «ond» sirkel som bidrar til en lite effektiv rehabiliteringsprosess for den sykmeldte.

5. Avsluttende diskusjon

Funnene fra denne undersøkelsen viser at flere av de barrierene som er avdekket i samhandlingen mellom aktørene i andre land også eksisterer i Norge. Selv om det ikke kan trekkes noen slutninger om at disse funnene er gyldige for hele landet, så er det heller ingenting som tilsier at det er særegne forhold ved akkurat det fylket jeg har undersøkt eller ved respondentene jeg har intervjuet som resulterte i funnene som ble avdekket.

Det kan være mange faktorer som bidrar til å opprettholde et sykefravær, og målet med denne undersøkelsen har ikke vært å avdekke alle årsaker til dette. Det er imidlertid noen funn i samhandlingen mellom aktørene som kan bidra til å belyse noen av disse faktorene. Funn fra denne undersøkelsen tyder på at legene som selvstendig næringsdrivende aktører har et annet utgangspunkt for å drive oppfølgingsarbeid enn NAV og arbeidsgivere. Fordi legene jobber som selvstendig næringsdrivende, så er pasientene legenes kunder. Legene er således avhengig av å ha et godt forhold til sine pasienter for å ha et godt renommé og slik sikre inntekt, noe som resulterer i at legene opplever at de ikke styrer så mye av sykmeldingsarbeidet. Dette kundeforholdet kan også være årsaken til at legene opptrer som pasientens advokat slik funnene viser. Det er derfor mulig å argumentere for at det er noen elementer ved selve fastlegeordningen som kan være til hinder for god samhandling mellom aktørene, og at dette kan bidra til å forlenge et sykefravær. Dette understøttes også av studier på feltet. En undersøkelse av Carlsen og Norheim (2003) konkluderte med at innføringen av fastlegeordningen svekket legens rolle som portvakt til trygdesystemet fordi det ble større konkurranse legene imellom. Legene opplevde at pasientene fikk mer makt og de ble derfor mer opptatt av å tilfredsstille pasientenes behov (Carlsen & Frithjof Norheim, 2003, s. 210-211). Dette samsvarer også med en undersøkelse av Markussen & Røed (2017) hvor det ble funnet indikasjoner på at leger som har

fastlønn sykmelder mindre enn leger som konkurrerer på et marked og har markedsbasert lønn (Markussen & Røed, 2017, s. 260).

Fordi langvarig sykefravær et stort økonomisk samfunnsproblem (OECD, 2010, s. 10), så er det viktig at aktørene jobber sammen dersom man skal lykkes med tilbakeføre sykmeldte til arbeidslivet (Frank et al., 1998, s. 1630; Nilsing et al., 2013, s. 12). Viktigheten av samarbeid understrekes også i stortingsmeldingen «NAV i en ny tid» (2015-2016). Her fremgår det at de ulike politikkområdene må virke sammen for å bidra til en god samfunnsutvikling. Det presiseres videre at avklarte roller og ansvarsforhold mellom helsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen er viktig for å kunne samarbeide målrettet (Arbeids- og sosialdepartementet 2015-2016, s 5 og 39).

Funnene i denne undersøkelsen viser at nettopp ansvarsforhold og roller fremstår som noe uklart for aktørene. Ansatte i NAV og arbeidsgiverne forventer større involvering fra legene i oppfølgingsarbeidet fordi det er legene som utsteder sykmeldingene, og de uttrykker frustrasjon over at legene er helt på siden i dette arbeidet. Legene gir derimot uttrykk for at det som handler om arbeid bør være en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Uklare roller bidrar videre til konflikter mellom aktørene, spesielt mellom NAV og legene, noe som kan ha sin årsak i NAV sin forvalterrolle. Selv om NAV sin forvalterrolle er godt forankret i lovverk, så trenger ikke det å bety at dette er godt forankret hos alle aktørene. Når NAV i tillegg har domeneoverskridende makt, så er vi i en situasjon hvor det er viktig å avklare maktforholdene. Dette fordi beslutninger som påvirker andre aktører bør være vel forankret i en gruppe som skal samarbeide (Danermark, 2004, s. 48-59). Slik forankring kan skje på flere måter og på flere nivåer, for eksempel gjennom lovverk, politiske styringsdokumenter eller gjennom tett dialog mellom aktørene. Det er dette Hvinden (1994) beskriver som vertikal og horisontal integrering (Hvinden, 1994, s. 12-13).

Med dette som utgangspunkt er det interessant å trekke noen linjer til de overordnede føringene for inkluderingspolitikken. Bakgrunnen for NAV-reformen var ønsket om en mer effektiv arbeids- og velferdsforvaltning og et mål om at flere skulle være i arbeid og færre på stønad (Arbeids- og sosialdepartementet, 2004-2005, s. 5). Dette har blitt fulgt opp med avtale om et inkluderende

arbeidsliv, som er en avtale mellom regjeringen og partene i arbeidslivet hvor målet er å forebygge og redusere sykefravær og frafall fra arbeidslivet (IA-avtalen, 2019-2022). Etter å ha gjennomgått noen sentrale dokumenter så kan det konkluderes med at det er lite som er nedfelt når det gjelder forventninger til samhandling mellom NAV og legene, med unntak av de lovpålagte oppfølgingspunktene i folketrygdloven. Det er presisert at arbeidsgiver og arbeidstaker er de mest sentrale aktørene i oppfølgingsarbeidet, mens legene fremstår som en mindre viktig aktør (IA-avtalen, 2019-2022; Arbeids- og sosialdepartementet, 2013-2014; Arbeids- og sosialdepartementet, 2019).

Når legene fremstår som en mindre viktig aktør så kan dette skyldes at NAV og legene har ulike styringslinjer. Det er arbeids- og sosialdepartementet som har ansvar for at NAV følger opp sykmeldte i henhold til folketrygdloven, og NAV får sine instruksjoner fra dette departementet. Legenes virke hører til under Helse- og omsorgsdepartementet. Hvert år utarbeider de ulike departementene tildelingsbrev til underordnede direktorater. Dette er styringsdokumenter med bevilgning av budsjetter og informasjon om hva det skal fokuseres på i det kommende året. I tildelingsbrevet fra arbeids- og sosialdepartementet til arbeids- og velferdsdirektoratet for 2019 fremgår det at «Den forebyggende og inkluderende innsatsen for sykmeldte skal være forankret på arbeidsplassen. Arbeids- og velferdsetaten skal ha god dialog med arbeidsgiverne, herunder tilrettelegge for det bedriftsinterne sykefraværarbeidet innenfor de virkemidler etaten har til disposisjon» (Arbeids- og sosialdepartementet 2019, s.6). Samarbeid med legene er ikke nevnt.

I tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet for 2019 fremgår det at helsedirektoratet har et samfunnsoppdrag hvor de blant annet skal bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgssektoren. Det er i tildelingsbrevet ikke skrevet noe om sykefraværsoppfølging, eller behov for samhandling på dette området. Kun på ett område er det nevnt at Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet skal samarbeide: «I regjeringens inkluderingsdugnad er ett av innsatsområdene å videreutvikle tilbudet for arbeidssøkere med psykiske lidelser og/eller rusproblemer slik at flere kan delta i arbeidslivet samtidig som de mottar medisinsk oppfølging. Det legges opp til et styrket samarbeid mellom

Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet om dette i 2019» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 20).

Det er også verdt å merke seg at det foreligger et vedlegg til tildelingsbrevet til helsedirektoratet for 2018 som omhandler evaluering av fastlegeordningen. Her fremgår det blant annet at evalueringen også skal omfatte fastlegenes samarbeidspartneres vurdering av ordningen. Her blir imidlertid ikke NAV nevnt: «Andre kommunale tjenesters og helseforetakenes opplevelse av samarbeidet med fastlegene. De viktigste samarbeidspartnerne bør inngå, herunder hjemmesykepleien og sykehus» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 4). Nå kan det diskuteres hvorvidt NAV kommer inn under betegnelsen «andre kommunale tjenester», da NAV lokalt er et partnerskap mellom stat og kommune. Regelverket knyttet til sykefraværsoppfølging er imidlertid knyttet til den statlige delen av NAV. Uansett er det rom for å tolke dette som at NAV ut fra dette perspektivet ikke er ansett som en av fastlegenes viktigste samarbeidspartnere.

Det ser ut til at tildelingsbrevene fra både Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet er avgrenset til å kun se på samhandling innenfor egne ansvarsområder, og ikke på tvers av ansvarsområder. I og med at NAV får sitt tildelingsbrev fra arbeids- og sosialdepartementet og fastlegene er knyttet til tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, via Helsedirektoratet til kommunene, så er det fravær av sentrale styringssignaler som sier noe om hvordan samhandlingen skal foregå på tvers av disse styringslinjene. Det kan således argumenteres for at det fra sentralt hold er lite fokus på samhandling, og at dette gjenspeiler seg hos aktørene som er nærmest praksisfeltet. Dette ble også påpekt i en norsk undersøkelse utført av Andreassen og Fossetøl (2014). De viste til at formål og oppgaver knyttet til inkluderingspolitikken så ut til å være lite integrert i den hierarkiske styringen av de forskjellige feltene, og at manglende forankring sentralt svekker den horisontale integreringen (Andreassen & Fossetøl, 2014, s. 196-197). Dette er videre i tråd med Grape (2006) sitt resonnement, som jeg redegjorde for i teorikapittelet, hvor han argumenterer for at fravær av integrasjonsarbeid på overordnet nivå kan bidra til domenekonflikter mellom aktører som skal samarbeide (Grape, 2006, s. 59).

Jeg har tidligere argumentert for at noen funn i denne undersøkelsen tyder på at legene ikke ser seg som en del av det samme organisatoriske feltet som NAV og arbeidsgiverne. Dette kan blant annet skyldes at legene føler sterkere tilknytning til de tekniske omgivelsene. Legenes svake tilhørighet til feltet kan imidlertid også skyldes manglende institusjonelle krav, for eksempel i form av felles styringssignaler og overordnede forventninger. Legene som er sentrale aktører i arbeidet med oppfølging av sykefravær ser ut til å være utelatt når det gjelder myndighetenes forventninger til samarbeid. Dette kan føre til at NAV kan skyldes på legene for høyt sykefravær, og legene kan mene at sykefraværet er en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Dersom gjennomføringen av myndighetenes politikk skal lykkes, er det viktig å involvere alle aktører som politikken avhenger av, spesielt de som har makt til å blokkere gjennomføringen av politikken (Andreassen & Fossetøl, 2014, s. 197).

Det skal nevnes at både Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har erkjent at det er behov for større samarbeid på tvers av NAV og helsesektoren, og det er derfor utarbeidet en felles strategi for arbeid og helse. Det er pekt på fire innsatsområder som skal bidra til å bedre samhandlingen. De fire innsatsområdene er *rydding i roller og ansvar, styrking av kunnskapsgrunnlaget for videre utvikling av strategi og tjenester, felles arbeidsformer og tiltak* i tillegg til *styrking av kompetansen hos aktørene* (Arbeids- og velferdsdirektoratet & Helsedirektoratet, 2016, s. 2-3). Det er i tilknytning til dette arbeidet utarbeidet samarbeidsavtaler mellom NAV og helseforetakene, og det er nedfelt at det skal tas initiativ til samarbeidsavtaler også mellom NAV-kontorene og helsetjenesten i kommunene når det gjelder felles brukere med rus- og eller psykiske helseproblemer (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2019, s. 10). Dette er imidlertid generelle avtaler som ikke nødvendigvis påvirker samhandlingen mellom den enkelte veileder og sykmelder i det daglige arbeidet med oppfølging av sykmeldte. Funnene fra denne undersøkelsen tyder på at slike generelle planer kanskje ikke er så relevante for den daglige samhandlingen mellom NAV, sykmeldere og arbeidsgivere.

På bakgrunn av funnene fra denne undersøkelsen er det mye som tyder på at det er behov for et tydeligere mandat fra overordnede aktører. Felles krav og forventninger om hvordan samhandlingen skal foregå kan være ett av flere virkemidler som kan bidra til å fremme samarbeid mellom aktørene. Det er

imidlertid viktig å gi en rasjonell eller rettferdiggjørende forklaring for disse forventningene (Hvinden, 1994, s. 12-13), slik at alle aktørene forstår nytten og hensikten ved å samarbeide. Videre kan det være hensiktsmessig å ta i bruk mer indirekte styringsmidler enn formell autoritet og makt, fordi direktiver som kommer ovenfra kan bidra til motstand dersom aktørene føler seg tvunget til å samarbeide (Knudsen, 2004, s. 36). Slike indirekte styringsmidler kan være å tilrettelegge for samhandling på tvers, og bruk av pedagogiske virkemidler som informasjon og kunnskap som kan bidra til nye perspektiver og forståelser (Andreassen & Fossetøl, 2014, s. 179). Målet bør være at legene selv definerer seg inn i samme felt som NAV og arbeidsgiverne, noe DiMaggio og Powell mener er en forutsetning for å etablere organisatoriske felt (DiMaggio & Powell, 1983, s. 148).

Dersom politikerne legger til rette for samarbeid og har klare forventninger til dette, så er det større muligheter for hyppigere kontakt mellom aktørene. Forskning viser at hyppigere kommunikasjon bidrar til å øke den felles forståelsen (Hardy, Nelson, & Lawrence, 1998, s. 8). Ved at de ulike logikkene møtes så utfordres disse mot alternative forståelser (Greenwood & Suddaby, 2006, s. 38). Aktørene kan gjennom slike møter få økt forståelse for andres vurderinger, for eksempel av begrepet arbeidsevne (Ståhl, Svensson, & Ekberg, 2011, s. 444). Tettere dialog og felles forståelse av begrepet arbeidsevne kan antakelig også bidra til aktørene i større grad blir enige om hvem som skal gjøre hva i oppfølgingsarbeidet. Først når aktørene er enige om dette oppnår de det som i litteraturen kalles for domenekonsensus (Grape, 2006, s. 55).

Tydeligere mandat som fører til hyppigere kontakt mellom aktørene kan videre bidra til å endre maktforholdene i feltet. Med utgangspunkt i Danermark sin maktmodell så kan maktforholdene utjevnes fordi aktørene gjennom kommunikasjon vil utvikle større grad av felles forståelse. Aktører med lik virkelighetsforståelse vil ifølge Danermark ha mindre risiko for å havne i konfliktfylte situasjoner (Danermark, 2004, s. 25).

Organisatoriske felt kan endres over tid gjennom institusjonaliseringsprosesser, og det kan derfor være verdt å vurdere på et overordnet nivå om det er behov for endringer i det organisatoriske feltet. Dersom fastleigeordningen skal videreføres

og fastlegene skal fortsette å ha ansvaret for å utstede sykmeldinger så kan det være hensiktsmessig å starte en prosess for å styrke samhandlingen mellom aktørene. Målet med en slik institusjonaliseringsprosess bør være at alle aktørene opplever å jobbe mot samme mål, slik at de ser nytten av samarbeid. Det bør tilstrebes å jobbe for en mest mulig effektiv samhandling som kommer både det enkelte individ og samfunnsøkonomien til gode.

Referanseliste

- Abbott, A. (1988). *The system of professions : an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Andreassen, T. A., & Fossetøl, K. (2014). Utfordrende inkluderingspolitikk - Samstyring for omforming av institusjonell logikk i arbeidslivet, helsetjenesten og NAV. *Tidsskrift for samfunnsforskning*(02), 174-202.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>.
- Arbeids-og sosialdepartementet, A.-o. (2004-2005). *Ny arbeids-og velferdsforvaltning.* (Prop. 46, 2004-2005). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-46-2004-2005-/id210402/>.
- Arbeids-og sosialdepartementet, A.-o. (2013-2014). *Endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven (forenkling av regelverket om oppfølgig av sykmeldte arbeidstakere).* (Prop 102 L, 2013-2014). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Prop-102-L-20132014/id760646/>.
- Arbeids-og sosialdepartementet, A.-o. (2015-2016). *NAV i en ny tid-for arbeid og aktivitet.* (Meld. St. Nr 33). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-33-20152016/id2501017/sec1>.
- Arbeids-og sosialdepartementet, A.-o. (2019). *Tildelingsbrev for 2019.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/asd/tildelingsbrev/id750471/?expand=factbox2544652>.
- Arbeids-og velferdsdirektoratet, A.-o. (2019). *Mål-og disponeringsbrev til NAV Fylke.* Hentet fra file: <https://tjenester.nav.no/nav-sok/?8&language=no&ord=m%C3%A5l+og+disponeringsbrev+2019>
- Arbeids-og velferdsdirektoratet, A.-o., & Helsedirektoratet. (2016). *Arbeid og helse - et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids-og velferdsdirektoratets felles innsats for arbeid og helse.* (Helsedirektoratet IS-2535). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1224/IS-2535%20Arbeid%20og%20helse%20%E2%80%93%20et%20tettere%20samvirke.pdf>.
- Axelsson, S. B., & Axelsson, R. (2009). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, 23(4), 320-330. doi: 10.1080/13561820902921811
- Barbour, R. (2018). *Doing focus groups* (2 utg.). London: Sage Publications.
- Benson, J. K. (1975). The Interorganizational Network as a Political Economy. *Administrative Science Quarterly*, 20(2), 229-249. doi: 10.2307/2391696
- Blom, B., & Grape, O. (2006). Nyinstitutionalism. I O. Grape, B. Blom & R. Johansson (Red.), *Organisation och omvärld* (s. 7-15). Lund, Sverige: Studentlitteratur AB.
- Bourdieu, P., & Nice, R. (1990). *The logic of practice*. Oxford: Polity Press.
- Brannick, T., & Coghlan, D. (2007). In Defense of Being "Native": The Case for Insider Academic Research. *Organizational Research Methods*, 10(1), 59-74. doi: 10.1177/1094428106289253
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *InterView: det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels forlag.

- Brunarski, D., Shaw, L., & Doupe, L. (2008). Moving toward virtual interdisciplinary teams and a multi-stakeholder approach in community-based return-to-work care. *Work (Reading, Mass.)*, 30(3), 329.
- Brunsson, N. (2002). *The organization of hypocrisy : talk, decisions and actions in organizations* (2nd ed. utg.). Oslo: Abstrakt forl.
- Carlsen, B., & Frithjof Norheim, O. (2003). Introduction of the patient-list system in general practice Changes in Norwegian physicians perception of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2003, Vol.21(4), p.209-213, 21(4), 209-213. doi: 10.1080/02813430310004155
- Christensen, T., Egeberg, M., Læg Reid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Danermark, B. (2004). *Samverkan - en fråga om makt*. Ørebro: LäroMedia Ørebro AB.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2), 147-160. doi: 10.2307/2095101
- Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A., & Woll, K. (2014). *Organisasjonsteori*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Fastlegeforskriften. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. (FOR-2012-08-29-842). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842>.
- Flick, U. (2015). *Introducing research methodology : a beginner's guide to doing a research project* (2nd ed. utg.). Los Angeles, Calif: SAGE.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd*. (LOV-1997-02-28-19). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1997-02-28-19>.
- Franche, R.-L., Baril, R., Shaw, W., Nicholas, M., & Loisel, P. (2005). Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 525-542. doi: 10.1007/s10926-005-8032-1
- Frank, J., Sinclair, S., Hogg-Johnson, S., Shannon, H., Bombardier, C., Beaton, D., & Cole, D. (1998). Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope -- if we can just get all the players onside. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 158(12), 1625-1631.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Friesen, M. N., Yassi, A., & Cooper, J. (2001). Return-to-work: the importance of human interactions and organizational structures. *Work*, 17(1), 11-22.
- Goffman, E. (1986). *Frame analysis. An Essay on the Organization of Experience* (Press edition 1986 utg.). United States of America: University Press of New England.
- Grape, O. (2006). Domänkonsensus eller domänkonflikt? - integrerad samverkan mellan myndigheter. I O. Grape, B. Blom & R. Johansson (Red.), *Organisation och omvärld - nyinstitusjonell analys av människobehandlande organisationer*. Lund: Sudentlitteratur.
- Greenwood, R., & Suddaby, R. (2006). Institutional Entrepreneurship in Mature Fields: The Big Five Accounting Firms. *The Academy of Management Journal*, 49(1), 27-48. doi: 10.2307/20159744
- Hall, R. H., Clark, J. P., Giordano, P. C., Johnson, P. V., & Van Roekel, M. (1977). Patterns of Interorganizational Relationships. *Administrative Science Quarterly*, 22(3), 457-474. doi: 10.2307/2392183
- Hardy, C., Nelson, P., & Lawrence, T. B. (1998). Distinguishing Trust and Power in Interorganizational Relations: Forms and Facades of Trust. I C. Lane & R. Bachmann (Red.), *Trust within and between organizations: conceptual Issues and empirical Applications*. New York: Oxford University Press.
- Hatch, M. J. (2001). *Organisasjonsteori : moderne, symbolske og postmoderne perspektiver*. Oslo: Abstrakt forl.

- Helsedirektoratet. (2018). Sykmelderveileder. Faglig veileder for sykmeldere. Hentet 15.03.2019, fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder>
- Helse-og omsorgsdepartementet, H.-o. (2018). *Oppdragsbrev - Tilleggsoppdrag 3 - Evaluering av fastlegeordningen* Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/.
- Helse-og omsorgsdepartementet, H.-o. (2019). *Tildelingsbrev Helsedirektoratet 2019. Statsbudsjettet 2019 - kap. 740 Helsedirektoratet - tildeling av bevilgning* Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/tildelingsbrev_hod/id748567/.
- Hvinden, B. (1994). *Divided against itself : a study of integration in welfare bureaucracy*. Oslo: Scandinavian University Press.
- IA-avtalen. (2019-2022). *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-46-2004-2005-/id210402/>.
- Ineland, J. (2006). Konst, funksionshinder och frågan om legitimitet. I O. Grape, B. Blom & R. Johansson (Red.), *Organisation och omvärld - nyinstitutionell analys av människobehandlande organisationer*. Lund, Sweden: Studentlitteratur AB.
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Johansen, K., Andersen, J. S., Mikkelsen, S., & Lynge, E. (2011). Decision making and co-operation between stakeholders within the process of sick leave. A case study in a Danish municipality. *Journal of Interprofessional Care*, 25(1), 59-65. doi: 10.3109/13561820.2010.483367
- Johansson, R. (2006). Nyinstitusjonell organisationsteori. I O. Grape, B. Blom & R. Johansson (Red.), *Organisation och omvärld* (s. 17-45). Lund: Studentlitteratur.
- Kanter, R. M. (1994). COLLABORATIVE ADVANTAGE - THE ART OF ALLIANCES. [Article]. *Harvard Business Review*, 72(4), 96-108.
- Khan, M. E., & Manderson, L. (1992). Focus groups in tropical diseases research. *Health Policy and Planning*, 7(1), 56-66. doi: 10.1093/heapol/7.1.56
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), 103-121. doi: 10.1111/1467-9566.ep11347023
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*, 311(7000), 299-302. doi: 10.1136/bmj.311.7000.299
- Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker : tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Legeforeningen. (1961). Etske regler for leger 2015. Hentet 2019-03-10, fra <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etske-regler-for-leger/#23668>
- Legeforeningen. (2019). Smågrupper. fra <https://beta.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/smagrupper/>
- Levine, S., & White, P. E. (1961). Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships. *Administrative Science Quarterly*, 5(4), 583-601. doi: 10.2307/2390622
- Liamputtong, P. (2010). Qualitative Research Methods. I J. Cheek (Red.), *MOH 3. og 4. år avhandling - Master i organisasjon og ledelse - Research Design and Qualitative Methods*. Halden 2017: Høgskolen i Østfold.
- Lindquist, R. (2000). *Att sätta gränser. Organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. Umeå: Boréa Bokförlag.

- Liukko, J., & Kuuva, N. (2016). Cooperation of return-to-work professionals: the challenges of multi-actor work disability management. *Disability and Rehabilitation*, 1-8. doi: 10.1080/09638288.2016.1198428
- Loisel, P., Durand, M.-J., Baril, R., Gervais, J., & Falardeau, M. (2005). Interorganizational Collaboration in Occupational Rehabilitation: Perceptions of an Interdisciplinary Rehabilitation Team. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 581-590. doi: 10.1007/s10926-005-8036-x
- Luhmann, N., Cederstrøm, J., Mortensen, N., & Rasmussen, J. (2000). *Sociale systemer : grundrids til en almen teori*. København: Hans Reitzel.
- Lund, T., Kivimäki, M., Labriola, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2007). Using administrative sickness absence data as a marker of future disability pension: The prospective DREAM study of Danish private sector employees. *Occupational and Environmental Medicine*. doi: 10.1136/oem.2006.031393
- Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. doi: 10.1177/1403494812465030
- Malterud, K., Mæland, S., & Ursin, H. (2010). Hvor trykker skoen? Sykefraværsoppfølging i Norge 2009 Raskere Tilbake. *Bergen: Uni Helse*.
- Markussen, S., & Røed, K. (2017). The market for paid sick leave. *Journal of Health Economics*, 55, 244-261. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.07.008>
- Martin, M., Moefelt, L., Nielsen, M. B. D., & Rugulies, R. (2015). Barriers and facilitators for implementation of a return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems: Results from three Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(4), 423-431. doi: 10.1177/1403494814568484
- Martin, M., Nielsen, M., Petersen, S., Jakobsen, L., & Rugulies, R. (2012). Implementation of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Employees with Mental Health Problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 427-436. doi: 10.1007/s10926-011-9352-y
- Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research : a guide to design and implementation* (4th ed. utg.). San Francisco, Calif: Jossey-Bass.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363. doi: 10.1086/226550
- Milward, H. B. (1982). Inter Organizational Policy Systems and Research on Public Organizations. *Administration & Society*, 13(4), 457-478. doi: 10.1177/009539978201300404
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed. utg. Vol. vol. 16). Thousand Oaks, Calif: Sage Publications.
- NAOB. (2019). Det norske akademis ordbok. Hentet 2019, 10. februar, fra <https://www.naob.no/>
- NAV-loven. (2006). *Arbeids-og velferdsforvaltningsloven*. (LOV-2006-06-16-20). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2006-06-16-20>.
- NAV. (2017). Hva skjer når arbeidsgiver bestrider arbeidstakers sykmelding? , fra <https://www.nav.no/no/Lokalt/Oslo/NAV+Arbeidslivssenter+Oslo/Relatert+informasjon/hva-skjer-n%C3%A5r-arbeidsgiver-bestrider-arbeidstakers-sykmelding--441304>
- NAV. (2018a). Hentet 2019, 10. februar, fra <https://www.nav.no/rettskildene/Vedlegg/vedlegg-1-til-21-4-honorartakster-for-legeerkl%C3%A6ringer-m.m.l-takster>

- NAV. (2018b). Avventende sykmelding. Hentet 2019, 10. februar, fra <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt%2C+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Relatert+informasjon/avventende-sykmelding>
- Nilsing, E., Söderberg, E., Berterö, C., & Öberg, B. (2013). Primary Healthcare Professionals' Experiences of the Sick Leave Process: A Focus Group Study in Sweden. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(3), 450-461. doi: 10.1007/s10926-013-9418-0
- OECD. (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers*: OECD Publishing.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Norway*.
- Peters, B. G. (2012). *Institutional Theory in Political Science. The new institutionalism*. (Third edition utg.). London: Continuum Publishing Corporation.
- Regjeringen. (2019). Arbeids-og velferdsetaten (NAV). Hentet 2019, 8. mars, fra https://www.regjeringen.no/no/dep/asd/org/etatstyring/underliggende-etater/arbeids_og_velferdsetaten/id1511/
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, P., & Nielsen, J. C. R. (2004). Fra nærhet til distanse og tilbake igjen. Om å analysere sin egen organisasjon. I P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker-tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2 utg., s. 234-253). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sager, L., & James, C. (2005). Injured workers' perspectives of their rehabilitation process under the New South Wales Workers Compensation System. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52(2), 127-135. doi: 10.1111/j.1440-1630.2005.00477.x
- Scott, W. R. (1994). Institutions and Organizations. Toward a Theoretical Synthesis. . I W. R. Scott & J. Meyer (Red.), *Institutional Environments and Organizations. Structural Complexity and individualism*. United States of America: Sage Production.
- Scott, W. R. (1995). *Institutions and Organizations*. United States of America: Sage Publication.
- Scott, W. R., & Davis, G. F. (2007). *Organizations and Organizing: Rational, Natural, and Open System Perspectives*: Pearson Prentice Hall.
- Simensen, W. (2017). Barrierer ved interorganisatorisk koordinering av arbeidsrettede rehabiliteringstjenester - en litteraturgjennomgang.
- Stewart, D. W., Rook, D. W., & Shamdasani, P. N. (2007). *Focus groups : theory and practice* (2nd ed. utg. Vol. vol. 20). Thousand Oaks: SAGE.
- Ståhl, C., Svensson, T., & Ekberg, K. (2011). From Cooperation to Conflict? Swedish Rehabilitation Professionals' Experiences of Interorganizational Cooperation. *Journal of occupational rehabilitation*, 21(3), 441-448. doi: 10.1007/s10926-010-9281-1
- Ståhl, C., Svensson, T., Petersson, G., & Ekberg, K. (2010). A Matter of Trust? A Study of Coordination of Swedish Stakeholders in Return-to-Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 299-310. doi: 10.1007/s10926-009-9205-0
- Thorelli, H. B. (1986). Networks: Between markets and hierarchies. *Strategic Management Journal*, 7(1), 37-51. doi: doi:10.1002/smj.4250070105
- Thornton, P. H., & Ocasio, W. (1999). Institutional Logics and the Historical Contingency of Power in Organizations: Executive Succession in the Higher Education Publishing Industry, 1958– 1990 1. *American Journal of Sociology*, 105(3), 801-843. doi: 10.1086/210361
- Thorstensson, C. A., Mathiasson, J., Arvidsson, B., Heide, A., & Petersson, I. F. (2008). Cooperation between gatekeepers in sickness insurance – the perspective of

- social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 8, 231-231. doi: 10.1186/1472-6963-8-231
- Tiedtke, C., Donceel, P., Knops, L., Désiron, H., Dierckx de Casterlé, B., & Rijk, A. (2012). Supporting Return-to-Work in the Face of Legislation: Stakeholders' Experiences with Return-to-Work After Breast Cancer in Belgium. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 241-251. doi: 10.1007/s10926-011-9342-0
- Wihlman, U., Lundborg, C. S., Axelsson, R., & Holmström, I. (2008). Barriers of inter-organisational integration in vocational rehabilitation. *International Journal of Integrated Care*, 8(2).
- Young, A. E., Wasiaak, R., Roessler, R. T., McPherson, K. M., Anema, J. R., & van Poppel, M. N. M. (2005). Return-to-Work Outcomes Following Work Disability: Stakeholder Motivations, Interests and Concerns. [journal article]. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 543-556. doi: 10.1007/s10926-005-8033-0
- Østerud, Ø. (2014). *Statsvitenskap. Innføring i politisk analyse* (5 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Intervjuguide

Institusjonelle logikker	<p><i>Hvilke forventninger har du til samarbeid med de andre aktørene?</i></p> <p><i>Hvem har etter ditt syn størst ansvar for å følge opp den sykmeldte i sykmeldingsperioden?</i></p> <p><i>Hva mener du er arbeidsgiveres rolle i oppfølgingsarbeidet?</i></p> <p><i>Hva mener du er legens rolle?</i></p> <p><i>Hva mener du er NAV sin rolle?</i></p>
Kommunikasjon	<p><i>Hvem er det som vanligvis tar første kontakt? (NAV, arbeidsgiver, lege)</i></p> <p><i>Når i sykefraværsforløpet er vanligvis første kontakt?</i></p> <p><i>I hvilken form foregår kommunikasjonen? (Fysiske møteplasser? Skriftlig? Muntlig?)</i></p> <p><i>Hvordan opplever du kommunikasjonen med de andre aktørene? (imøtekommende, avvisende, interessert i samarbeid osv)</i></p> <p><i>Hvordan opplever du dialogmøte 2 som en samhandlingsarena? (Eksempler på gode og mindre gode møter?)</i></p> <p><i>Er det noen aktører som er vanskeligere å forholde seg til enn andre, eller vanskeligere å komme i kontakt med?</i></p> <p><i>Hvem samarbeider du best med? Hvorfor?</i></p> <p><i>Ønsker du mer eller mindre samarbeid? Forklar.</i></p> <p><i>Hvordan opplever du informasjonsflyten mellom aktørene? Hva skal evt til for å forbedre informasjonsflyten</i></p>
Tillit	<p><i>Opplever du at de andre aktørene har tillit til dine vurderinger? Eksempel?</i></p>

	<p><i>Hva skal til for at du selv skal ha tillitt til de andre aktørene?</i></p> <p><i>Er det noen saker som du synes er vanskeligere å samarbeide om enn andre? Hva kjennetegner disse sakene?</i></p> <p><i>Er de andre aktørenes kunnskap nyttig for deg i din oppfølging av den sykmeldte? Hvorfor, hvorfor ikke?</i></p>
<p>Kunnskap</p>	<p><i>Hvilket kunnskapsgrunnlag baserer du oppfølgingen din på?</i></p> <p><i>(Hvilke tanker har du gjort deg om IA-avtalen?)</i></p> <p><i>(Hvilke tanker har du gjort deg om arbeidsgivers tilretteleggingsplikt?)</i></p> <p><i>(Hvilke tanker har du gjort deg om folketrygdlovens regler om sykefraværsoppfølging?)</i></p> <p><i>(Hvilke tanker har du gjort deg om arbeidslinja/politikken som føres?)</i></p> <p><i>I hvilken grad opplever du at de andre aktørene har nødvendig kunnskap for å bistå den sykmeldte tilbake til jobb? (kjennskap til arbeidsoppgaver/arbeidsmarkedet/tilrettelegging)</i></p> <p><i>I hvilken grad opplever du at du selv har nødvendig kunnskap for å bistå den sykmeldte tilbake til jobb?</i></p> <p><i>Er det noe du skulle ønske du hadde mer kunnskap om som du tror kunne bidra til raskere tilbakeføring til jobb?</i></p>
<p>Egeninteresser og mål</p>	<p><i>Hva er ditt hovedfokus når du skal følge opp en sykmeldt?</i></p> <p><i>Er det noe i samhandlingen du blir motivert av, evt demotivert av? Eksempel?</i></p> <p><i>Det er en politisk målsetting å øke andelen graderte sykmeldinger. Hvilke erfaringer har du med gradert sykmelding?</i></p>

	<p><i>Det er en politisk målsetting å få sykmeldte så raskt som mulig tilbake i jobb. Kommer dette målet noen ganger i konflikt med andre mål i organisasjonen du tilhører, eller evt med andre verdier som er viktig for deg?</i></p>
Lederstøtte	<p><i>I hvilken grad opplever du at samhandling mellom leger, arbeidsgivere og NAV er et fokusområde i politiske målsettinger/hos nærmeste ledelse?</i></p> <p><i>(Hva savner du eventuelt?)</i></p>
Avsluttende spørsmål	<p><i>Har du eksempel på samarbeid som har fungert godt?</i></p> <p><i>Har du eksempel på samarbeid som har fungert dårlig?</i></p> <p><i>Er det noe vi ikke har snakket om som du opplever er en hindring i samarbeidet med å få den sykmeldte tilbake til arbeid?</i></p> <p><i>Helt konkret: Hva trenger du fra de andre aktørene i ditt oppfølgingsarbeid?</i></p>

Samtykkeskjema arbeidsgivere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

– en studie om ulike aktørers erfaringer med samhandling i sykefraværsoppfølgingsarbeidet

Bakgrunn og formål

Målet med undersøkelsen er å avdekke ulike perspektiver på sykefraværsoppfølging, sett fra ståstedet til leger, arbeidsgivere og veiledere i NAV, for å få kunnskap om hvordan aktørene opplever samhandlingen. Kunnskap om de ulike aktørenes perspektiver kan bidra til økt forståelse mellom aktørene, slik at man kan tilstrebe å unngå barrierer som kan resultere i en vanskelig samhandlingsprosess og som dermed kan hindre en effektiv og rask tilbakeføring til arbeid.

Prosjektet er en del av et mastergradsstudie i organisasjon og ledelse, ved Høgskolen i Østfold, avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag. Prosjektet inngår videre i et større NAV-prosjekt, som er et samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, NAV Østfold og Østfold Fylkeskommune.

For å kunne belyse problemstillingen så ønsker vi å intervjuer arbeidsgivere som har erfaring med sykefraværsoppfølging.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen innebærer at du deltar i et fokusgruppeintervju, hvor du sammen med andre arbeidsgivere diskuterer ulike problemstillinger på bakgrunn av spørsmål fra student. Spørsmålene vil omhandle hvordan deltakerne i gruppa opplever samhandlingen med leger og NAV-veiledere. Intervjuet vil ha en varighet på inntil 90 minutter.

Intervjuet vil gjennomføres ved bruk av lydopptak. Det vil også bli tatt bilde av respondentene for lettere å kunne skille deltakerne fra hverandre når intervjuet skal analyseres. Bildet vil ikke bli publisert, og vil bli slettet umiddelbart etter at analysen er gjennomført.

Det vil gjennomføres egne fokusgrupper med NAV veiledere og sykmeldere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil ikke sammenkobles med datamaterialet. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til direkte identifiserbare personopplysninger.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2019. Lydopptak, eposter og notater makuleres ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Wenche Simensen, tlf 958 73 276. Veileder for prosjektet er høgskolelektor Jo Ese, tlf 970 39 899.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen
Wenche Simensen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeskjema leger

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

En studie om ulike aktørers erfaringer med samhandling i sykefraværsoppfølgingsarbeidet

Bakgrunn og formål

Målet med undersøkelsen er å avdekke ulike perspektiver på sykefraværsoppfølging, sett fra ståstedet til leger, arbeidsgivere og veiledere i NAV, og å få kunnskap om hvordan aktørene opplever samhandlingen. Kunnskap om de ulike aktørenes perspektiver kan bidra til økt forståelse mellom aktørene, slik at man kan tilstrebe å unngå barrierer som kan resultere i en vanskelig samhandlingsprosess og som dermed kan hindre en effektiv og rask tilbakeføring til arbeid for sykmeldte personer.

Prosjektet er en del av et mastergradsstudie i organisasjon og ledelse, ved Høgskolen i Østfold, avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag. Prosjektet inngår videre i et større NAV-prosjekt, som er et samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, NAV Østfold og Østfold Fylkeskommune.

For å kunne belyse problemstillingen så ønsker vi å intervju leger som har erfaring med å utstede sykmeldinger. Din erfaring er viktig for at det skal bli mulig å utvikle ny kunnskap om et viktig og samfunnsaktuelt tema.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen innebærer at du deltar i et fokusgruppeintervju, hvor du sammen med andre leger diskuterer ulike problemstillinger på bakgrunn av spørsmål fra student. Spørsmålene vil omhandle hvordan deltakerne i gruppa opplever samhandlingen med NAV og arbeidsgivere.

Fordi legene er en travel yrkesgruppe ønsker vi å bidra til at det skal være så enkelt som mulig for deg å delta. Intervjuet vil derfor gjennomføres i smågruppen du til vanlig deltar i, og i lokalene der dere vanligvis møtes. Intervjuet vil ha en varighet på inntil 90 minutter.

Intervjuet vil gjennomføres ved bruk av lydopptak. Det vil også bli tatt bilde av respondentene for lettere å kunne skille deltakerne fra hverandre når intervjuet skal analyseres. Bildet vil ikke bli publisert, og vil bli slettet umiddelbart etter at analysen er gjennomført.

Det vil gjennomføres egne fokusgrupper med NAV-veiledere og arbeidsgivere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil ikke sammenkobles med datamaterialet. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til direkte identifiserbare personopplysninger.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2019. Lydopptak, eposter og notater makuleres ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Wenche Simensen, tlf 958 73 276. Veileder for prosjektet er høgskolelektor Jo Ese, tlf 970 39 899.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen
Wenche Simensen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykkeskjema NAV-veiledere

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

En studie om ulike aktørers erfaringer med samhandling i sykefraværsoppfølgingsarbeidet

Bakgrunn og formål

Målet med undersøkelsen er å avdekke ulike perspektiver på sykefraværsoppfølging, sett fra ståstedet til leger, arbeidsgivere og veiledere i NAV, og å få kunnskap om hvordan aktørene opplever samhandlingen. Kunnskap om de ulike aktørenes perspektiver kan bidra til økt forståelse mellom aktørene, slik at man kan tilstrebe å unngå barrierer som kan resultere i en vanskelig samhandlingsprosess og som dermed kan hindre en effektiv og rask tilbakeføring til arbeid.

Prosjektet er en del av et mastergradsstudie i organisasjon og ledelse, ved Høgskolen i Østfold, avdeling for økonomi, språk og samfunnsfag. Prosjektet inngår videre i et større NAV-prosjekt, som er et samarbeid mellom Høgskolen i Østfold, NAV Østfold og Østfold Fylkeskommune.

For å kunne belyse problemstillingen så ønsker vi å intervjuve veiledere i NAV som har erfaring med sykefraværsoppfølging.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelsen innebærer at du deltar i et fokusgruppeintervju, hvor du sammen med andre veiledere fra NAV diskuterer ulike problemstillinger på bakgrunn av spørsmål fra student. Spørsmålene vil omhandle hvordan deltakerne i gruppa opplever samhandlingen med leger og arbeidsgivere. Intervjuet vil foregå på lokalt NAV kontor, og vil ha en varighet på inntil 90 minutter.

Intervjuet vil gjennomføres ved bruk av lydopptak. Det vil også bli tatt bilde av respondentene for lettere å kunne skille deltakerne fra hverandre når intervjuet skal analyseres. Bildet vil ikke bli publisert, og vil bli slettet umiddelbart etter at analysen er gjennomført.

Det vil gjennomføres egne fokusgrupper med arbeidsgivere og sykmeldere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil ikke sammenkobles med datamaterialet. Det er kun student og veileder som vil ha tilgang til direkte identifiserbare personopplysninger.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen juni 2019. Lydopptak, eposter og notater makuleres ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med student Wenche Simensen, tlf 958 73 276. Veileder for prosjektet er høgskolelektor Jo Ese, tlf 970 39 899.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vennlig hilsen
Wenche Simensen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Melding fra NSD

Jo Ese
Remmen
1757 HALDEN



Vår dato: 20.04.2018

Vår ref: 60223 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.04.2018.
Meldingen gjelder prosjektet:

60223	<i>En studie om ulike aktørers erfaringer med samhandling i sykefraværsoppfølgingsarbeidet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jo Ese</i>
<i>Student</i>	<i>Wenche Simensen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Høgskolen i Østfold sine retningslinjer for datasikkerhet

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Høgskolen i Østfold er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.06.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både

forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10 / anne-mette.somby@nsd.no