

I arbeidet med å forebygge sykefravær er det vanskelig, men viktig å skille mellom årsak til sykdom og hvilke konsekvenser sykdom får

## Årsak til eller konsekvens av?

I diskusjonene om årsaker til sykefravær og metoder for å redusere fraværet er det viktig å skille mellom forhold ved arbeids-situasjonen som *forårsaker* sykdom og forhold som påvirker hvilke *konsekvenser* sykdom får.

Tiltak på arbeidsplassen kan således forebygge sykefravær enten ved at man søker å hindre at sykdom oppstår (arbeidsrelaterte helseproblemer) eller ved å motarbeide fravær som kommer som en konsekvens av sykdom (sykdomsrelaterte arbeidsproblemer).

Muskel- og skjelettplager, som er hoveddiagnose ved halvparten av alt fravær utover arbeidsgiverperioden, ble for noen tiår siden ansett for å være forårsaket av arbeidsforholdene. Mye arbeid ble nedlagt i ergonomiske tiltak på arbeidsplassene – uten at dette hadde den ønskede effekt (1). Mens troen på ergonomiske tiltak har avtatt, setter man nå sin lit til fysisk aktivitet for å forebygge muskel- og skjelettplager (2). Bare tiden vil vise hvorvidt dette er mer realistisk enn det troen på ergonomi en gang var.

Når det gjelder årsaker til at sykdom resulterer i fravær, bruker jeg ofte meg selv som eksempel. Som de fleste med respekt for seg selv har også jeg ryggproblemer, i en periode på knapt ett år var det faktisk ganske ille. Jeg lå litt lenger de morgenene jeg var verst og satte inn en benk på kontoret slik at jeg kunne legge meg ned ved behov. Jeg var ikke sykmeldt én dag. Hadde jeg vært hjelpepleier og jobbet på sykehjem, regner jeg med at jeg måtte ha vært sykmeldt i minst ti måneder. Årsaken til at jeg *ikke* ble sykmeldt, var at jeg har en fleksibel arbeidsplass uten krav til fysiske anstrengelser, mens det motsatte gjelder for hjelpepleieren. Dette viser altså at sykdom får ulike konsekvenser alt etter hva slags yrke man har, for så vidt uavhengig av hvorvidt plagene skyldes arbeidsforhold eller ikke. Å skille mellom årsaker til sykdom og konsekvenser av sykdom er ikke alltid like lett. Det er en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og uførepensjonering (3). Både kolleger, studenter og lekfolk kommer raskt til forklaringen at lavt utdannede får ufaglærte jobber med stor belastning som gjør dem mer syke. De blir derfor oftere uførepensjonert – altså arbeid som årsak til sykdom, de «egentlige» arbeidsrelaterte helseproblemer. Økt sykkelighet blant dem med lav utdanning kan imidlertid bare forklare en liten del av de store forskjellene vi fant. Det må diverse hint til for å få mine tilhørere til å forstå at *konsekvensene* av sykdom, i dette tilfellet hvorvidt man blir uføretrygdet eller ikke, er minst like avhengig av yrke (helsereelaterte arbeidsproblemer).

Ingrid Melum belyser i dette nummer av Tidsskriftet arbeidsplassen som arena for å redusere sykefraværet ved å besvare spørsmålet om hvor mye av det som er arbeidsrelatert (4). Artikkelen er basert på et ikke-systematisk litteratursøk der hun skiller mellom sammenhengen sykdom–arbeid og sykefravær–arbeid.

Alt sykefravær kan sies å være arbeidsrelatert. I denne situasjonen er det imidlertid, med henblikk på eventuelle forebyggende tiltak, av verdi å skille mellom årsak og konsekvens. Tiltak på arbeidsplassen må være tosidige: På den ene side må de redusere arbeidsrelaterte årsaker til sykdom, på den annen side må man tilrettelegge arbeidet for å redusere konsekvensene av sykdom slik at flere kan stå i jobb på tross av plager.

Det er ikke uten videre lett å foreta dette skillet, spesielt når mye av den litteraturen Mehlum refererer ikke gjør det – «arbeidsrelatert»

brukes svært ofte uten nærmere definisjon og inkluderer både årsak og konsekvens. Undersøkelser blant helsepersonell og i befolkningen må tolkes med forsiktighet når det gjelder spørsmålet om hvorvidt plagene skyldes arbeidet. Når det er så komplisert å skille årsak og virkning, er det grunn til å tro at svarene ofte inkluderer begge deler. På den måten blir det lett til at arbeidsplassene tillegges for stor vekt som årsak til sykdom, med tilsvarende urealistisk stort forebyggingspotensial.

Mehlum har valgt å relatere sin artikkel til intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) og de pågående tiltakene for å få ned sykefraværet. Mange av tiltakene som gjennomføres har gått på behandling og rehabilitering av dem som er sykmeldt. Tiltakene er individorientert og settes i verk først når problemet er oppstått. RATI-poliklinikkene (Raskere tilbake) er et godt eksempel på dette, og evalueringen av tiltakene har gitt svært skuffende resultater. Mehlums artikkel er et godt argument for å sette inn tiltak tidligere, gjøre mer på arbeidsplassene og involvere bedriftshelsetjenesten sterkere. Sammen med Bjørgulf Claussen har jeg foreslått en ny inndeling av sykefravær i fem kategorier ut fra i hvilken grad det kan unngås eller forkortes ved tilpasninger på arbeidsplassen, altså tiltak for å begrense konsekvensene av sykdom (5).

Et inkluderende arbeidsliv er et arbeidsliv der man både går inn for å redusere de forhold ved arbeidet som forårsaker sykdom, og samtidig – kanskje viktigst – der man prøver å legge forholdene til rette slik at de ansatte kan fortsette å arbeide selv om de får sykdommer og plager. Heldigvis hender det at ett og samme tiltak kan løse begge problemene. En arbeidsplass med et godt psykososialt arbeidsmiljø kan bidra til å forebygge psykiske problemer, samtidig som et slikt arbeidsmiljø gjør det lettere for dem som har psykiske problemer å fortsette i arbeid.

Det er et paradoks at man i avtalen om et inkluderende arbeidsliv i så stor grad konsentrerer seg om arbeidstakerne og i så liten grad legger vekt på nettopp det å skape et arbeidsmiljø som inkluderer alle. Mehlums artikkel er et nytt argument for at NAV ikke bare bør foreta arbeidsevneevaluering av dem som alt har fått problemer, men bruke mer krefter på å foreta inkluderingssevneevaluering av arbeidsplassene.

**Dag Bruusgaard**

*dag.bruusgaard@medisin.uio.no*

*Dag Bruusgaard (f. 1940) er professor emeritus i samfunnsmedisin og tidligere deltids fastlege. Han er leder av Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HC et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD006955.
2. Aktivitetshåndboken. Rapport IS-1592, Oslo: Helsedirektoratet, 2009.
3. Bruusgaard D, Smeby L, Claussen B. Education and disability pension: a stronger association than previously found. *Scand J Public Health* 2010; 38: 686–90.
4. Mehlum I. Hvor mye av sykefraværet er arbeidsrelatert? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 122–5.
5. Bruusgaard D, Claussen B. Ulike typer sykefravær. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010; 130: 1834–6.