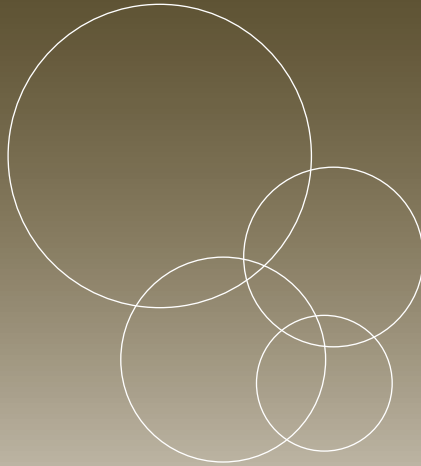


Randi Wågø Aas

TEMAHEFTE

# Raskt tilbake etter sjukefråvær



- for eit arbeidsliv som inkluderer



© Idébanken – for eit arbeidsliv som inkluderer 2012  
1. opplag 2013

Randi Wågø Aas

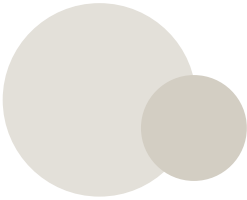
Illustrasjonar av Blekk Design og Synlig design og foto AS  
Oppsett og design: Henning Meyer Petersen, Idébanken.org  
Trykk: 07 GRUPPEN AS

Heftet kan du bestille på [www.idebanken.org/temahefter](http://www.idebanken.org/temahefter)



# Raskt tilbake etter sjukefråvær

Innleiing .....	5
1. Ein lesargaid.....	7
2. Ideala .....	9
3. Arenaene .....	11
Hovudarenaen .....	12
Biarenaer .....	13
4. Aktørane .....	15
Hovudaktørar .....	16
Biaktørar .....	18
5. Situasjonane .....	23
Situasjon 1: På jobb .....	23
Situasjon 2 og 3: Delvis eller heilt borte frå jobb .....	25
Situasjon 4: Tilbake på jobb .....	29
Situasjon 5: Permanent borte frå jobb .....	29
6. Problema .....	31
Sjukefråvær – eit komplekst problem .....	32
Sjukefråvær – indikasjon på helseplager eller ei handling? .....	33
Arbeidsrelatert eller ikkje? .....	34
Teoriar .....	36
7. Løysingane .....	41
Tiltakstype 1: Basistiltak .....	43
Tiltakstype 2: Persontiltak .....	60
Tiltakstype 3: Prosjekttiltak .....	73
Litteratur .....	81



## Innleiing

Dei fleste av oss opplever å bli sjukemelde i arbeidskarrieren. Ei slik hending har altså mange erfaring med. Men det er færre som opplever langtids-sjukefråvær. Fråvær frå jobben kan vere ei løysing på eit problem som er oppstått. Det er likevel sjeldan ei løysing å vere lenge borte frå jobben, om det ikkje er heilt spesielle grunnar til det. Særleg ser kombinasjonen «lenge borte», «ingen kontakt» og «ingen løysingsforsøk» ut til å vere lite konstruktiv. Følgjene av å vere borte kan forsterke problema, heller enn å løyse dei. Slike følgjer kan kome av endringar i aktivitetsmønsteret: Vanane som vi er så avhengige av, blir brotne. Ein del sjukemelde fortel også at dei er blitt deprimerte av den situasjonen som både helseproblema og fråværet har skapt. Avstanden til arbeidsplassen kan òg bli ei utfordring når fråværet er langvarig. Mange har i tillegg plager som ikkje er synlege for andre. Ofte kjem det da ei kjensle av å bli mistrudd eller mistenkjeleggjort. Difor er det ofte heldig å kome raskt tilbake. Det gjeld både for den sjukemelde, for arbeidsgjevaren, for kollegaene, for familien og for samfunnet elles.

Programmet «Raskare tilbake» blei sett i gang i 2007. Det var ei oppfølging etter innstillinga frå sjukefråværsutvalet hausten 2006. Formålet med programmet har vore å tilby tiltak som medverkar til ei raskare tilbakeføring til arbeidslivet. Det kan opplevast eit stort behov i Noreg for å utvikle eit betre tilbud. Eit tilbud der ein avklarar i breidda og djupna kvifor den tilsette er sjukemeld. Eit tilbud der ein ser årsakene i samanheng, og der ein også forsterkar det arbeidsretta rehabiliteringstilbodet som sjukemelde får. Dette heftet har tjuvlånt tittelen på programmet «Raskare tilbake», i litt omskri-ven form. Programmet har fått økonomiske overføringar til helseføretaka og Nav. Dei har i neste omgang generert nye behandlings- og rehabilite-ringstilbod på desse arenaene. Heftet tek utgangspunkt i det same som dei politiske føringane for å følgje opp sjukemelde. Ein ser arbeidsplassen som hovudarenaen. Arbeidstakaren og arbeidsgjevaren kjem til å bli omtalte som hovudaktørane. Ein ser her på både Raskare tilbake-aktørane, helse-tenesta og Nav som «eksterne gode hjelparar». Dei får ein støttefunksjon i tilbakeføringsprosessen. Desse eksterne gode hjelparane er no finansierte

av Raskare tilbake. Dei kan sitje på løysinga på tilbakeføringa for den sjukemelde. Desse løysingane treng ei sterk forankring på arbeidsplassen. Andre gonger finst løysinga på sjølve arbeidsplassen, eller i eit heilskapleg samspel mellom arbeidsplassen, Nav og helsetenesta. Det kan sjå ut til at når avstanden frå Nav og helsetenesta til arbeidsplassen er stor, er det vanskeleg å få tak i kva det eigentleg er som skaper fråværet. Einskildeksempel der helsetenesta til slutt klarer å løyse helseplagene, men der personen ikkje kjem tilbake likevel, viser nettopp det. Tilbodet står da fram som fragmentert: Ingen kjenner heile historia om helseplagene og fråværet.

Arbeid med sjukefråvær er ein strategi som står på to bein: førebygging og rehabilitering. Heftet kastar også lys over kva som skjer før sjukefråværet er eit faktum. På grunn av plassen er ikkje dette eit hovudtema. Ein førebyggjer sjukefråvær best gjennom eit målretta arbeid med helse, miljø og tryggleik i verksemdene. Ordet rehabilitering tyder å bli ført tilbake eller å gje æresoppreising. Å bli ført tilbake til arbeidet og arbeidsplassen inneber med andre ord ein rehabiliteringsprosess. Heftet legg eit breitt arbeidsretta rehabiliteringsomgrep til grunn. Det inkluderer alt det samfunnet, arbeidsgjevaren, Nav og helsetenesta gjer for å bringe den sjukemelde tilbake – frå dag éin.

Heftet handlar om korleis ein kan gjere rask tilbakeføring mogleg. Tilbakeføringar har to «reseptar»: meir kunnskap og betre oversikt blant aktørane på individ-, system- og samfunnsnivå. Vidare betre samanheng og heilskap i tilbodet. Utgangspunktet er at ein kan få til ei meir samanhengande og kvalitativt betre tilbakeføring for den som er sjukemeld. Det gjer ein ved å bidra til meir kunnskap og betre oversikt. Dette kan i sin tur bidra til meir og betre kommunikasjon mellom alle involverte.

## Ein lesargaid

Heftet har sju kapittel. Det kan lesast kapittel for kapittel. Heftet kan også nyttast til å slå opp når ein er på utkikk etter stoff på spesielle område. Difor har det vore eit mål å gjere tittelen på kvart kapittel lett å forstå.

**Ideala:** Her blir det presentert verdiar og tenkjemåtar som er aktuelle ved oppfølginga av sjukemelde.

**Arenaene:** Her blir dei tre arenaene for tilbakeføring etter sjukefråvær presenterte: arbeidsplassen, Nav og helsetenesta. Arbeidsplassen er hovudarenaen, medan Nav og helsetenesta er biarenaer. Også heimearenaen, fritidsarenaen og samfunnsarenaen blir presenterte og er omtalte som livsarenaer.

**Aktørane:** Dette er ein presentasjon av aktørane og dei rollene og kvalitetane dei må ha for at ein skal få til rask tilbakeføring. Hovudaktørane er tilsette og leiingar. Biaktørar er interne gode hjelparar og eksterne gode hjelparar. Den sentrale rolla til leiaren har fått ekstra plass i heftet. Aktørane er sorterte ut frå korleis dei tilhøyrr arenaene arbeidsplassen, helsetenesta og Nav.

**Situasjonane:** Her er det omtalt fem situasjonar der ulike saker står i sentrum. Ein må løyse situasjonen på ulik måte for å hindre sjukefråvær eller få til rask tilbakeføring. Situasjonane er: på jobb, heilt borte, delvis borte, tilbake på jobb og permanent borte frå jobb. På jobb inneber «varslekontakt». Tilbake på jobb inneber «vedlikehaldskontakt». Permanent borte frå jobb inneber «avviklingskontakt». Mest plass er det gjeve til situasjonane heilt borte frå jobb og delvis borte frå jobb. Desse inneber «bry-seg-kontakt», «tryggje-drifta-kontakt» og «problemløysingskontakt».

**Problema:** Her blir dei problema som heng saman med sjukefråvær omtalte og diskuterte. Det same blir årsakene til problema. Det finst ulike typar

kunnskap som aukar forståinga av helseplagene og fråværet. Her blir det lagt fram nokre teoriar om korleis ein kan forstå sjukefråvær.

**Løysingane:** Her blir det presentert løysingar som gjer at ein kan få til rask tilbakeføring. Både arbeidsplassløysingar, helsetenesteløysingar og Nav-løysingar er med. Moglege løysingar på fråværsproblem er definerte som sjukefråværestiltak. Dei er klassifiserte som basistiltak, persontiltak og prosjekttiltak. Basistiltak blir sette inn mot strukturen, kulturen og prosessane i verksemda. Persontiltak blir sette inn mot personar i verksemda. Prosjekttiltak blir sette inn mot prioriterte grupper, område og problemgrupper eller problemområde i verksemda.





## Ideala

Vi kan sjå tilbake på 1990-åra og 2000-åra for betre å forstå korleis vi i dag handterer oppfølginga av sjukemelde. Dei mest iaugefallande endringane som har skjedd, er dei følgjande:

- Arbeidsgjevaren har fått tydelegare oppgåver og større ansvar i sjukefråværsarbeidet.
- Arbeidsplassen er blitt hovudarenaen for både førebygging og rehabilitering i arbeidet med sjukefråvær.
- Arbeidsgjevaren og arbeidstakaren er i større grad blitt hovudaktørane i sjukefråværsarbeidet. Alle dei andre som kan trekkjast inn i sjukefråværsoppfølginga, har rolla som «dei gode hjelparane».
- Gjennom innstillinga frå Sandman-utvalet (NOU 2000:27) blei det lagt vekt på ei sterkare ideologisk forankring i tanken om inkludering trass i sjukdom. Det innebar at ein konsentrerte seg meir om funksjonsevna og ressursane til arbeidstakaren og kva arbeidstakaren kunne få til, enn om problem og sjukdommar.

Dei fleste endringane vi har sett i Noreg i samband med oppfølging av sjukefråvær samsvarer med internasjonal utvikling på området. Det gjeld vektlegginga av arbeidsplassen som hovudarena for sjukefråværsarbeid. Det gjeld også hovudrolla til arbeidsgjevaren i oppfølginga av sjukemelde og vektlegginga av funksjonsevne og av å gripe inn tidleg (tidleg intervensjon).

Kva for verdiar, normer og haldningar er det som påverkar denne forma for verksemd? Ofte ligg dei underforstått til grunn for arbeidet. Det vil seie at ein kanskje ikkje er medviten om kva for haldningar og verdiar ein står for når ein har å gjere med den sjukemelde, eller at ein ikkje viser dei tydeleg fram. Men dette er noko sjukemelde sjølv snakkar mykje om. Det gjer dei særleg dei gongene verdiar og haldningar som dei ønskjer å bli møtte med, ikkje er til stades.

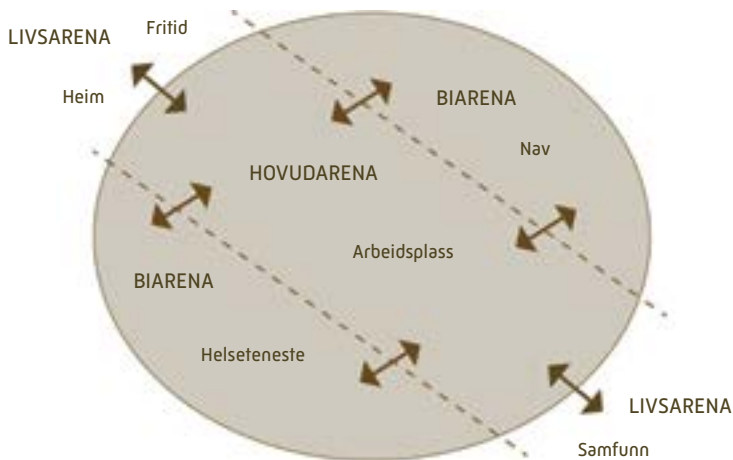
Kva for ideologi ber ein med seg i sjukefråværsarbeidet? Det er påverka av mange faktorar. Både personlege forhold, utdanningsbakgrunnen og kulturen i den organisasjonen ein jobbar i, kan spele ei rolle. Somt handlar om så grunnleggjande verdiar som innleving og respekt for andre menneske. Ein kan tenkje at det skulle vere unødvendig å peike på kva slike verdiar har å seie. Men r historiene frå sjukemelde sjølv syner at det må strekast under på nytt og på nytt. Ein kan kanskje hevde at det faglege innhaldet i oppfølginga har høg kvalitet. Likevel kan heile opplevinga bli farga av at ein ikkje blir møtt med respekt, forståing og empati. Dette kan påverke effekten og nytten av tilbodet.

**Tabell 1** viser ti ideal for oppfølging av sjukemelde som kan seiast å gjelde i Noreg i dag.

<b>Idéal for oppfølging av sjukemelde</b>
Same kva for funksjonsnivå dei har: Å delta i arbeidslivet skal vere noko alle vaksne som ønskjer det, skal ha høve til.
Arbeid er helsefremjande i seg sjølv. Ein bør ta til att med aktivitet så tidleg som råd.
Arbeidsplassen er best eigna som hovudarena for sjukefråværsarbeid.
Det er viktig med dialog mellom alle involverte om ein skal få til raskare tilbakeføring.
Det er ikkje ei privatsak å vere sjukemeld. Arbeidsplassen bør bli involvert.
Det er ikkje alltid nødvendig å vere borte frå jobb sjølv om ein har helseplager eller problem.
Sjukdomsdiagnosar er ikkje eigna som utgangspunkt for å tilbakeføre den sjukemelde.
Funksjonsvurdering er eit viktig verkemiddel når ein skal få oversikt over helse- og fråværsproblemet.
I arbeidet med tilrettelegging på arbeidsplassen skal søkjelyset vere på kva ein kan og klarer.
Tidleg intervensjon kan bidra til raskare tilbakeføring til arbeidet.

## Arenaene

På eit felt der det er så mange aktørar inne i biletet, er det svært viktig å setje søkjelyset på arenaene og særleg den relasjonen dei har til kvarandre. Her er arenaene delte inn i éin hovudarena, arbeidsplassen, og to biarenaer, Nav og helsetenesta, ut frå den rolla dei har i tilbakeføringa. Også tre livsarenaer blir beskrivne: heim, fritid og samfunn (sjå figur 1). Dette er ei forenkling jamført med det som ofte blir sagt i dialogen om den sjukemelde. Da ser ein ofte på mange fleire arenaer som separate, og også ofte som hovudarenaer. Døme her er personalavdelinga, fastlegen, bedriftshelsetenesta, rehabiliteringsinstitusjonar, sjukehus, Nav-kontor og arbeidslivssentra til Nav Arbeidslivssenter. For dei som er på desse arenaene i den einssilde sjukefråværs-saka, er det lett å sjå og erfare sin eigen arena, først og fremst. Følgjane kan bli at ein manglar eit heilskapleg arenaperspektiv. For å løyse fråværs-sakene må ein ofte vurdere korleis dei ulike arenaene påverkar kvarandre. Ein må også sjå på korleis dei samhandlar med kvarandre. Først da blir det ei sjukefråværs-sak og ein tilbakeføringsprosess.



**Figur 1** Hovudarenaen, biarenaer og livsarenaer ved oppfølging av sjukemelde.

## HOVUDARENAEN

### Arbeidsplassen

Sidan innstillinga frå Sandman-utvalet i 2000 har dei fleste offentlege dokument streka under at arbeidsplassen skal vere hovudarenaen for arbeidet med sjukefråvær. Som nemnt i kapittelet «Ideala» inneber dette ei endring. Det er ei endring som ikkje berre har skjedd i Noreg.

Men kvifor skal arbeidsplassen vere hovudarenaen? Er det ikkje naturleg at hovudarenaen er der ein løyser helseproblema? Altså i helsetenesta, der ein òg kan finne den som har meldt seg sjuk. Eller kvifor ikkje Nav? Det er jo Nav som har hovudansvaret for sjukelønna. Nav har ei rekkje verkemiddel. Der finst det fleire einingar som jobbar med sjukemelde, både Nav-kontora og Nav Arbeidslivssenter.

Når ein bør sjå på arbeidsplassen som hovudarenaen i arbeidet med sjukefråvær, er det fordi det berre er arbeidsplassen som har hand om dei følgjande faktorane:

- tilsetjingsforholdet
- lønn og sjukelønn i arbeidsgjevarperioden
- lønsemd nok til å ha ein trygg og varig arbeidsplass
- forventningar frå kundar, klientar, elevar, pasientar og andre grupper
- fordelinga av arbeidsoppgåvene mellom alle tilsette og gjennomføringa av arbeidet
- det fysiske arbeidsmiljøet
- det sosiale arbeidsmiljøet
- haldningane i arbeidsmiljøet

På arbeidsplassen har ein difor høve til å

- tilby
- endre
- tilpasse
- byte
- justere
- tryggje
- delegere
- omfordele

I dette ligg det eit stort ansvar på arbeidsgjevarane når det gjeld å minske sjukefråværet. Men her ligg også ein stor sjanse. Denne sjansen ser ut til å bli redusert i ein god del sjukefråværsaker. Det skjer dersom ein legg alt arbeidet for å finne løysingar til andre arenaer, til dømes helsetenesta. Tilknytninga til arbeidsplassen kan bli svekt når den sjukemelde går og ventar på utgreiing etter utgreiing i spesialisthelsetenesta. Spesielt kan dette skje om ein ikkje ser dei to arenaene under eitt.



## BIARENAER

### Nav

Nav-arenaen står heilt sentralt i arbeidet med sjukefråvær. Som kjent er det her ein forvaltar trygdelovgjevinga. I Nav har kvar og ein som er sjukemeld, sin eigen saksbehandlar. Vedkomande skal følgje opp saka, også i forholdet til helsetenesta og arbeidsplassen. Utbetalinga av sjukelønn frå Nav gjer det heilt nødvendig å ha kontakt med denne arenaen i kvar einskild sjukefråværsak som varer lenger enn den perioden da arbeidsgjevaren svarer for sjukelønna.

## **Helsetenesta**

Helsetenesta er ein viktig arena i oppfølginga av sjukefråvær. Denne tenesta er som kjent delt i tre:

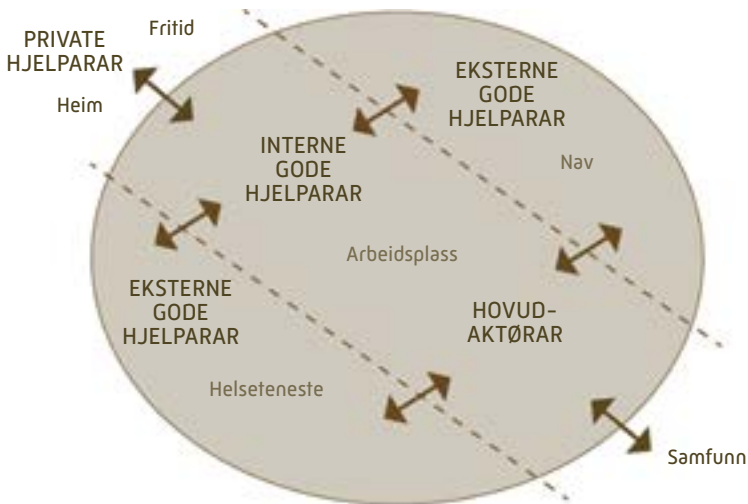
1. primærhelsetenesta (første linje)
2. den fylkes- eller regionsdekkjande spesialisthelsetenesta (andre linje)
3. den landsdekkjande spesialisthelsetenesta (tredje linje)

## **HEIMEARENAEN OG FRITIDSARENAEN**

På desse arenaene kan ein i somme saker finne årsaka til sjukefråværet. Dei kan også medverke til å gje løysinga på fråværet. I vår kultur står heimen svært sentralt i livet til kvar og ein. Heimen og fritida kan vere dei stadene der ein hentar energi til ein krevjande jobb. Dei kan vere arenaer for livsglede, avkopling, fysisk aktivitet, trening, hobbyar og sosialt samvær med vener og familie. Arenaer med så sterk positiv innverknad kan raskt lagast om til det motsette, til arenaer som kan «ramme livet». Arenaen kan da bli staden for død, sorg, sagn, einsemd, konflikthar, vald, skilsmisse og rusproblem. Med dette kan dei påverke andre arenaer, som arbeidsplassen.

## Aktørane

Det finst mange aktørar som kan medverke i sjukefråværsaker. Som vist på figur 2 kan dei delast inn i tre grupper: hovudaktørar, gode hjelparar (interne og eksterne) og private hjelparar. Hovudaktørane høyrer til på arbeidsplassen. Biaktørane høyrer til både på arbeidsplassen og på arenaene Nav og helsetenesta. Biaktørane skal støtte opp under hovudaktørane. I tråd med IA-avtalen er biaktørane kalla «dei gode hjelparane». Her er dei delte inn i interne og eksterne gode hjelparar ut frå det forholdet dei har til hovudarenaen, som er arbeidsplassen. Dei eksterne gode hjelparane har oftast ei rådgjevarrolle vis-à-vis verksemda.



**Figur 2** Hovudaktørar og biaktørar for tilbakeføring av sjukemelde.



**Figur 3** Hovudaktørar og biaktørar ved tilbakeføring av sjukemelde. Lista over aktuelle aktørar er ikkje komplett.

## HOVUDAKTØRAR

### Arbeidstakar

Den tilsette har ulike roller avhengig av om vedkomande er sjukemeld eller berre ein «potensiell» sjukemeld. Det blir ofte lagt meir vekt på rolla som sjukemeld enn på den rolla som vi her kallar potensiell sjukemeld. Mange gonger ventar ein til ein har ei reell sak på bordet, før ein handlar. Det kan vere tenleg å velje ein føre var-strategi. Til dømes er det ein stor fordel å trekkje inn alle tilsette i arbeidet med å utvikle rutinar rundt oppfølginga av sjukefråvær. Å bli sjukemeld er noko alle kan oppleve. Difor er det heilt naturleg at tilsette har oppfatningar om det opplegget som skal nyttast når ein blir sjukemeld. Like eins at dei tek del i utforminga av det. Det er også mykje lettare for sjukemelde at prinsipielle diskusjonar blir gjennomførte på eit generelt grunnlag og ikkje i den einskilde sjukefråværsaka. Dei tilsette kan involverast i diskusjonar om spørsmål som desse:



- Korleis ønskjer eg å bli møtt når eg er sjuk?
- Kor langt skal arbeidsgjevaren gå i å tryggje den tette dialogen i tilbakeføringsprosessen?
- Kva for kommunikasjonsformer (telefon, møte, e-post eller SMS) skal vi nytte i dialogen?
- Når skal vi nytte dei ulike kommunikasjonsformene?
- Korleis skal ein te seg som kollega når andre blir borte frå jobb?
- Kva for prinsipp og prosessar skal ein nytte når arbeidsoppgåvene til sjukemelde skal takast hand om?
- Kven skal fordele dei oppgåvene som den sjukemelde ikkje kan gjere?

Tidlegare blei det oppfatta som ei privatsak å vere borte frå jobben. Det at ein var sjukemeld, blei rekna som ein lovleg grunn til å ikkje halde kontakten med arbeidsgjevaren. Slik er det ikkje lenger. No har dei tilsette klare plikter overfor arbeidsgjevaren. Pliktene kan vere å melde inn fråværet så tidleg som råd, og opplyse om funksjonsevna si. Det kan også vere å samarbeide om å finne og å prøve ut løysingar. Dette bør også diskuteras med dei tilsette. Slik skaper ein forståing for at begge partar har eit ansvar i prosessen med tilbakeføring. Da kan ein opptre som likeverdige, men ulike partnarar i dialogen når sjukefråværet er eit faktum. Denne endringa når det gjeld kor open ein skal vere, gjer også at det er den tilsette som må verne om privatlivet sitt og sin eigen helsetilstand. Leiaren og kollegaene bør hjelpe den tilsette til å verne om det som er privat. Samtidig får ein her eit dilemma når arbeidsgjevaren ikkje kjenner problemet, for det kan vere vanskeleg å løyse problem ein ikkje har innsikt i.

## **Den nærmaste leiaren**

Leiarane er nøkkelpersonar i arbeidet med sjukefråvær. Dei representerer arbeidsgjevaren og har ei rekkje plikter. Dei dreier seg om å sørgje for etterutdanning, vidareutdanning eller omskolering for sjukemelde. Dessutan å utvikle rutinar for oppfølging av sjukemelde, dokumentere tilrettelegging og ta i bruk verkemiddel som oppfølgingsplanar, dialogmøte og tilretteleggingstiltak. God leiing kan aleine utgjere ein stor forskjell. Leiinga kan vere med på å gjere tilbakeføringa etter sjukefråvær meir effektiv. Det er ikkje berre dei haldningane leiaren har som medverkar til dette. Det handlar også om handlingar som å gje sosial støtte til den sjukemelde, og målretta og effektiv tilrettelegging. I eit godt sjukefråværsarbeid står det difor heilt sen-

tralt å prioritere opplæring av leiarar. Utan slik opplæring får ein lett det vi kan kalle «privatpraksis». Det vil seie at den einskilde leiaren sjølv definerer rolla si som sjukefråværsoppføljar overfor den sjukemelde. Jamvel om dette ofte kan gå bra, er det eit sårbart og personavhengig system. Profesjonell oppfølgingspraksis kan tryggje ei meir einsarta og effektiv tilbakeføring.

I sjukefråværsaker står koordinatorrolla til leiaren sentralt. Difor må leiaren vite kven «dei gode hjelparane» er, og kva dei kan bidra med overfor leiaren og den sjukemelde. Desse hjelparane må òg bli kopla på tidleg nok i aktuelle saker dersom ein skal få til målretta bruk av dei.

## **BIAKTØRAR**

Det er ei rekkje aktørar som kan hjelpe til i tilbakeføringsarbeidet. Her skil vi mellom interne og eksterne gode hjelparar. Dei interne er knytte til arbeidsplassen.

### **Interne gode hjelparar**

#### **Personalavdelinga eller HMS-avdelinga**

I mange verksemder er det personalavdelinga, HMS-avdelinga eller begge desse som utfører dei overordna oppgåvene i arbeidet med sjukefråvær. Dei kan gje kompetent hjelp i einskildsaker. Dei kan også presentere temaet i leiarforum. Avdelingane kan hjelpe til med å etablere rutinar og reglar. Det er eit klart suksesskriterium i sjukefråværsarbeidet å ha ei dyktig personal- eller HMS-avdeling. Det er viktig at desse avdelingane fungerer som støttespelarar for leiarane. Dei skal ikkje ta over for dei. Likevel kan det sjå ut til at det er dei personalavdelingane og HMS-avdelingane som ikkje slepper sjukefråværsakene som lykkast best. Dei passar på at alle blir følgde opp etter sjukefråværsrutinen.

#### **Verneombodet**

I alt arbeid med helse, miljø og tryggleik (HMS) spelar verneombodet ei sentral rolle. Det gjeld også i sjukefråværsarbeidet. Verneombodet er viktig på både system- og individnivået i verksemda. Det kan ofte vere bra å ha med ein ekstra person som kjenner godt til HMS-arbeidet: rutinane, retningslinjene og arbeidsmåtane i verksemda.



### **Tillitsvalde**

Dei som er tillitsvalde og representerer dei fagorganiserte er viktige samarbeidspartnarar i sjukefråværsarbeidet. I ein del verksemdar er tillitsvalde med på det aller meste av det som skjer på området. På same vis som verneombodet har også den tillitsvalde rollar på både system- og individnivået. Difor kan han eller ho bidra med meir prinsipielle innspel også i einskildsaker.

### **Eksterne gode hjelparar**

#### **Bedriftshelsetenesta**

Bedriftshelsetenesta er ein nøkkelsamarbeidspartnar for verksemdene. Det gjeld i alt HMS-arbeid, også arbeidet med sjukefråvær. Ei dyktig bedriftshelseteneste kan vere svært verdifull for verksemda i IA-arbeidet (arbeidet

med eit inkluderande arbeidsliv). «Helsekompetanse», «uavhengig stilling», «teieplikt» og «rådgjevande rolle» er nokre av dei suksesskriteria som ofte blir nemnde i samband med denne aktøren. Bedriftshelsetenesta kan alternativt vere ein intern god hjelpar. Ofte er det heller stor skilnad på korleis tenesta fungerer, alt etter som ho er internt eller eksternt organisert.

## **Legar**

Det er mange typar legar som har ulike nøkkelroller i tilbakeføringsarbeidet. I Noreg er det tradisjonelt allmennlegen som har vore sjukemeldaren. Etter fleire endringar i lovgjevinga dei siste åra har den behandlande fastlegen fått ei tydelegare rolle vis-à-vis arbeidsplassen og arbeidsgjevarer. Når dette samarbeidet fungerer, opplever verksemdene ofte legane som gode og viktige samarbeidspartnarar. Den kanskje aller viktigaste oppgåva som legane har overfor sjukemelde, er å klargjere om det finst sjukdom i kroppen som kan forklare helseplagene. Klargjeringa bør ta til tidleg og avsluttast innan rimeleg tid. Dersom dei ikkje kan finne sjukdom, har legane ei svært viktig rolle når det gjeld å forsikre den sjukemelde om at han eller ho kan gå tilbake på jobb, og at det ikkje er farleg å vere aktiv.

## **Arbeidsretta rehabilitering**

Dei siste åra er det kome ein heil del fleire aktørar som hjelper til med arbeidsretta rehabilitering. Det gjeld både dei som utgjer ein integrert del av spesialisthelsetenesta, og dei som er underleverandørar til Nav. Dei yter i dag både døgnbasert og dagbasert rehabilitering. Kjende aktørar innanfor det døgnbaserte tilbodet i spesialisthelsetenesta er Hernes Institutt og Attføringsssenteret i Rauland. Her har ein gjennom fleire tiår bygd opp brei kompetanse i komplekse problemstillingar i samband med sjukefråvær. Denne rehabiliteringsverksemda er i varierende grad knytt opp mot arbeidsplassen. Slike rehabiliteringsinstitusjonar vere svært verdifulle for tilsette som er borte frå jobb i ein lang periode, og som har individuelle vanskar det er nødvendig å gjere noko med.

## **Andre helseaktørar**

Det er også ei rekkje andre aktørar som spelar ei viktig rolle i samband med vurdering og behandling av sjukemelde i tilbakeføringsprosessen. Det gjeld dei klinikkane som spesialisthelsetenesta har for ulike diagnosegrupper. Det gjeld også privatpraktiserande psykologar, fysioterapeutar og kiropraktorar, pluss aktørar som driv med alternative metodar. Desse siste tilbyr gjerne kurativ behandling. Dei kan i varierende grad også tilby element i ei re-

habilitering for den sjukemelde. Dersom ein konsentrerer seg for einsidig om å leite etter feil i kroppen, kan det iblant gjere det vanskelegare å finne løysingar som gjer det mogleg å jobbe trass i helseplager, og finne ein kur som eignar seg.

### **Nav-kontoret**

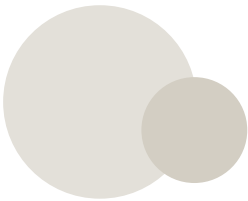
Det er viktig å få til eit godt samarbeid mellom Nav, arbeidsplassen og helsetenesta for å tryggje ei god oppfølging og rask avklaring for den sjukemelde. Her har Nav ei rekkje verkemiddel som kan nyttast på andre arenaer, som arbeidsplassen. Derimot ser det ikkje ut til å vere heilt klart definert kva for kompetanse i tilbakeføringsarbeidet Nav tilbyr på Nav-kontoret.

### **Nav Arbeidslivssenter**

IA-verksemdene har ein eigen kontaktperson på arbeidslivssenteret. Denne personen blir ofte opplevd som ein verdifull samarbeidspartnar i arbeidet med sjukefråvær (Econ Analyse 2005, Nordisk ministerråd 2005). Det gjeld ved iverksetjing av opplæringstiltak, ved etablering av rutinar og retningslinjer og i kartlegging, planlegging og dokumentasjon av sjukefråværsarbeidet. I mange fylke er arbeidslivssentera blitt eit markant kompetansemiljø i arbeidet med sjukemelde og inkludering.

### **Tilsynsorgan**

Tilsynsorgan som er relevante for arbeidet med sjukefråvær i Noreg, er Petroleumstilsynet (for olje- og gassnæringa) og Arbeidstilsynet (for alle andre bransjar). Dei programma tilsynsorgana har for spesielle målgrupper eller problemområde, kan fungere som nyttige innspel i sjukefråværsarbeidet.



## Situasjonane

Sjukepengane blir dekte dels av arbeidsgjeveren, dels av folketrygda ved Nav. Det er arbeidsgjeveren som betaler dei første 16 dagane. Vi har tre typar av sjukemelding:

1. gradert sjukemelding
2. full sjukemelding
3. avventande sjukemelding

Den tredje typen sjukemelding blei innført frå hausten 2008. Med formålstenleg tilrettelegging kan ein oppnå at sjukemeldinga ikkje blir nytta. Difor blir dette kalla avventande sjukemelding. Denne typen sjukemelding er laga blant anna for å betre dialogen mellom fastlegen og arbeidsplassen.

Tabell 3 på neste side viser fem ulike situasjonar. Søkjelyset er på arbeidsplassen og på kva for typar av kontakt som det kan vere aktuelt å tryggje i dei ulike situasjonane. Det er skissert seks typar av kontakt. Dei kjem til å bli nærmare omtalte i samband med kvar einskild situasjon.

### SITUASJON 1: PÅ JOBB

Sjukefråværsarbeidet tek til medan dei tilsette er på jobb, før dei blir sjukemelde. Å førebyggje arbeidsrelaterte helseplager er ei av hovudoppgåvene i det systematiske HMS-arbeidet til verksemda. Å førebyggje det arbeidsrelaterte og ikkje-arbidsrelaterte sjukefråværet er ei anna stor oppgåve. Den sistnemnde oppgåva er blitt meir tydeleg etter at avtalen om eit inkluderande arbeidsliv tok til å gjelde i 2001. Forsking viser at berre 40 prosent av langtidsfråværet kan knytast til risikofaktorar på arbeidsplassen (Labriola 2007). Så lenge det finst sjukdom, og så lenge livet set sine spor, kan vi altså ikkje førebyggje oss heilt bort frå problemet med sjukefråvær (Aas 2006). Verksemdene må stå parate til å takle alt det som livet kan by på for kvar einskild, også utanfor arbeidssituasjonen. Døme er sjukdommar, sorg, vald og konflikhtar.

**Tabell 3** Fem ulike situasjonar og aktuelle typar av kontakt.

Situasjon	Ytingar	Hovudmål	Typen av kontakt
1 På jobb	Ingen. Avventande sjukemelding	Førebyggje frávær og førebyggje helseplager	«Værselekontakt»
2 Delvis borte	Gradert sjukemelding	Leggje til rette, tilpasse og justere oppgåvene og arbeidsmiljøet etter helsesituasjonen	«Bry-seg-kontakt» «Tryggje-drifta-kontakt» «Problemløysings-kontakt»
3 Heilt borte	Full sjukemelding	Halde oppe ein minimumsdialog og finne moglege løysingar på fráværssituasjonen	«Bry-seg-kontakt» «Tryggje-drifta-kontakt» «Problemløysings-kontakt»
4 Tilbake	Ingen	Medverke til ei smidig og gradvis opptrapping av oppgåver og ansvar	«Vedlikehaldskontakt»
5 Permanent borte	Inntektstrygging	Avvikle arbeidsforholdet, eventuelt med opning for seinare tilbakeføringsforsøk	«Avviklingskontakt»

Ofte tenkjer ein at det å førebyggje helseplager er det same som å førebyggje sjukefrávær. Det er ikkje alltid tilfellet, ettersom mange helseplager lét seg kombinere med jobbdeltaking. Til dømes må bedrifta sørgje for kontorarbeidsplassar som er ergonomisk godt tilrettelagde, for å førebyggje muskel- og skjelettplager som kjem av kontorarbeid. Mange klarer ofte å jobbe sjølv med smerter i nakke og arm som følgje av mykje pc-arbeid. Kanskje kan det vere nødvendig med noko tilrettelegging som bidreg til mindre pc-arbeid eller til andre arbeidsstillingar. Difor må verksemda ha to tankar i hovudet samtidig og både gjere alt for å unngå helseplager og gjere alt for



å unngå fråvæ. Å prøve å gjere det mogleg for folk å arbeide trass i helseplager er eit av dei viktige prinsippa i eit inkluderande arbeidsliv. Vi ser eit spekter av kroniske helseplager i dag. Arbeidsstokken vi får dei neste åra blir knappare, på grunn av ei endra aldersspreiing. Difor kan ein ikkje tenkje seg arbeidsplassen som ein stad for berre dei såkalla friske. Dessutan er til dømes smerter ei kjend årsak til sjukemelding. Smerter er noko vi alle får eller har.

Ein del verksemder har eit system der ein skal varsle den nærmaste leiaren dersom ein er redd for at ein kan bli sjukemeld. Vi kan kalle dette «varslekontakt». Eit slikt system krev openheit og god dialog mellom den tilsette og leiaren. Det er berre aktuelt når helseplagene utviklar seg over tid. Iblant kan nettopp ei slik varsling gi høve til å hindre at det blir noko av fråværet. Slik kan det vere særleg dersom ein kan leggje til rette for fråværet. Om ein finn ein aktuell måte å leggje til rette på, kan sjukemeldinga stå ubrukt (avventande sjukemelding) slik at den tilsette kan halde fram med å gå på jobb.

## **SITUASJON 2 OG 3: DELVIS ELLER HEILT BORTE FRÅ JOBB**

Arbeidsmiljølova og folketrygdlova inneheld retningslinjer for kva som skal gjerast når ein arbeidstakar er heilt eller delvis borte frå jobb. Retningslinjene skal sikre eit grundig oppfølgingsarbeid. Dei beskriv plikter, møtearenaer og tidsfristar for både arbeidsgjevar, arbeidstakar, lege/sjukmeldar, tillitsvalt, verneombod, bedriftshelseteneste, Nav og Arbeidstilsynet. Målet er å unngå unødig langvarige sjukmeldingar. Du finn retningslinjene for oppfølging på [www.nav.no/sykefravær](http://www.nav.no/sykefravær).

## **GRADERT Sjukemelding**

Gradert sjukemelding aktualiserer spørsmålet om tilrettelegging. Ein vanleg måte å arbeide med ei gradert sjukemelding på, er at arbeidsgjevaren reduserer arbeidspresset. Det skjer ved å tilby redusert arbeidstid i ein periode. Ein kan også minske arbeidspresset ved å redusere arbeidsmengda i staden for arbeidstida. Den sjukemelde kan til dømes vere på jobb heile dagen, medan den reduserte arbeidsmengda avgjer kva for gradering sjukemeldinga skal ha.

### **Eit konkret eksempel:**

Ein tilsett er i stand til å vere på jobb halve dagen og blir difor 50 prosent sjukemeld. Men arbeidet er krevjande. Han klarer berre å gjere halvparten av det som det er normalt å gjere i løpet av denne tida. Dette inneber at han er 50 prosent sjukemeld, men yter berre 25 prosent av ein vanleg dag.

Arbeidsgjevaren får på det viset mindre arbeidskraft att enn det han har betalt for. Arbeidstakaren kan på si side kan oppleve auka press og stress så lenge han ikkje klarer å halde eit normalt tempo. Ei god løysing her er at arbeidstakaren blir sjukemeld 75 prosent, men likevel er på jobb halve dagen. Da blir forholdet mellom arbeidsmengda og arbeidsevna ordna på ein god måte. Arbeidsgjevaren får att for utgiftene sine.

Forholdet mellom arbeidstida og arbeidsmengda kan ordnast på fleire måtar. Mange verksemdar er dei siste åra blitt flinke til å lage individuelle tilpassingar, slik at ei sjukemelding på 50 prosent kan innebere mykje meir enn det å vere på arbeid halve dagen.

### **IA-avtale med søkjelyset på gradert sjukemelding**

IA-avtalen forpliktar til meir bruk av gradert sjukemelding. Det inneber at det i større grad enn før må leggjast til rette for arbeidstakarar som mel-lombels har redusert funksjons- eller arbeidsevne.

Tilretteleggingar går gjerne lettare når medarbeidaren og arbeidsgjevaren har vurdert moglege alternativ før vedkomande går til legen. Det er nyttig at legen blir kjend med desse alternativa. Då kan sjukemeldinga bli betre tilpassa arbeidsevna til den einskilde. Ein veit kva som lét og kva som ikkje lét seg gjere.

### **100 PROSENT SJUKEMELDING**

Den aller mest utfordrande situasjonen er når sjukefråværet er fullt, det vil seie 100 prosent. Dette er utfordrande for arbeidsplassen, for den nær-maste leiaren og for den sjukemelde. Den fysiske avstanden som blir skapt, utfordrar dialogen. Dersom den sjukemelde er gradert sjukemeld (delvis borte), kan dialogen vere lettare. Det er viktig å reflektere over kor mykje og kva slags kontakt ein skal ha. Her kan boka Sykefraværssamtalen vere til hjelp (Teigen 2008). Vi kan karakterisere kontakten ut frå den forma og det innhaldet kontakten har. Innhaldet bør styre forma. Det kan skiljast mellom tre typar av kontakt; «bry-seg-kontakt», «tryggje-drifta-kontakt» og «pro-blemløysingskontakt».



### «Bry-seg-kontakt»

Sjukemelde ønskjer oftast at leiaren viser omsorg og empati (Aas mfl. 2008). Vi kan kalle det «bry-seg-kontakt». Bry-seg-kontakten må skreddarsyast, sidan alle tilsette har ulike behov. Ein bør også ta omsyn til korleis kontakten mellom leiaren og den tilsette var før fråværet oppstod. For somme er regelmessige telefonar ei belastning. Sjukebesøk kan opplevast som invadering av privatlivet. Andre kjenner dette nettopp som ei stadfesting av at ein er sakna og ønskt tilbake. Nokre arbeidsgjevarar og leiarar krev at all kontakt skal gå føre seg munnleg per telefon, eller at kontakten er andlet til andlet. Også fagmiljøa rår ofte til dette. Andre får det til å fungere heilt fint med SMS og e-post. Ofte bruker vi «gissemetoden» i staden for «spørjemetoden». Vi gissar at det er bra med ein viss type kontakt, men det er gjerne berre våre eigne preferansar vi følgjer, ikkje preferansane til den tilsette. Det går an å spørje: «Korleis vil du helst at vi held kontakten medan du er sjukemeld?» I slik bry-seg-kontakt er det også nokre som bruker å sende god-betring-kort. Nokre arbeidsgjevarar har laga eit ferdigtrykt standard-kort som alle sjukemelde får. På slike kort blir det formidla at ein håpar at den sjukemelde snart kjem tilbake på jobb att, men at ein må ta tida til hjelp. Nokre sender også blomar. Det viktigaste er kanskje det at ein veit at arbeidsgjevaren vil ein godt, at denne omsorga er ekte. Ein er ønskt tilbake. Det enkle kan kanskje vere det beste, også her.

### «Tryggje-drifta-kontakt»

«Tryggje-drifta-kontakt» dreier seg om å organisere ut frå at det er ein person mindre på jobb, heilt eller delvis. Det er viktig at ein tidleg tek hand om dei arbeidsoppgåvene som ikkje blir utførte, for å minske følgjene for dei andre kollegaene og for ein eventuell tredjepart (kundar, oppdragsgjevarar, klientar, pasientar, elevar eller studentar). Det er viktig også for at den sjukemelde skal sleppe å tenkje for mykje på det. Her er det naturleg at både leiaren og den sjukemelde tek ansvar for situasjonen og finn gode løysingar raskt. Kva form ein slik kontakt skal ha, ser ikkje ut til å vere like viktig som i samband med bry-seg-kontakten. Ein kan ordne ein slik situasjon per telefon, per e-post eller med møte, alt etter kva som passar best. Å vere føre var på dette området kan førebyggje at også andre i avdelinga blir sjukemelde på grunn av bemanningssituasjonen. Kva type sjukemelding den tilsette har, er av dei faktorane som avgjer kva slags problemstillingar som kjem opp. Eit anna problem er at ein ofte ikkje veit nok om kor lenge fråværet kjem til å vare. Difor blir ofte den einaste løysinga å lage kortsiktige opplegg. Det kan på si side kan bli ei større belastning for kollegaene. Til dømes er kanskje ei sjukemelding i fjorten dagar – der ein ikkje veit kor mykje lenger det kjem til å ta – til hinder for at ein kan leige inn folk. Då fell meir arbeid på kollegaene. Da er det viktig at den sjukemelde informerer om kor lenge fråværet vil vare, ut frå det han eller ho veit sjølv. Eventuelt ut frå kva legen eller sjukemeldaren har sagt om prognosen.

### «Problemløysingskontakt»

Ein tredje type kontakt ved fullt eller delvis fråvær kan kallast «problemløysingskontakt». Denne forma for kontakt har som mål å løyse fråværsproblemet. Kontakten bør ofte gå føre seg skriftleg etter ein munnleg dialog, slik at dei to partane får ei felles forståing av kva for tilrettelegging det er meininga å setje i verk. Publikasjonen IA-funksjonsvurderingen. En samtale om arbeidsmuligheter (Nav 2008) er nyttig under ein slik samtale. Han stiller tre hovudspørsmål med ulike underpunkt:

- Korleis er arbeidsdagen?
- Er det forhold som bør og kan endrast?
- Kva er vi samde om?

Publikasjonen Arbeidsgivers og arbeidstakers oppfølgingsplan ved sykmelding (Nav og Arbeidstilsynet 2008) er ein mal ein kan nytte for å få skrive ned det som det blei semje om mellom partane når det gjeld kva som skal skje vidare. Oppfølgingsplanen skal vere ferdig innan fire veker etter sjukemeldinga, men mange gonger kan han skrivast tidlegare. Fire veker er lang

tid å vere heilt borte frå jobb. Det er behov for å prøve å finne løysingar lenge før det har gått så lang tid. Du finn meir informasjon om oppfølgingsplanen på [www.nav.no/sykefravær](http://www.nav.no/sykefravær).

#### **SITUASJON 4: TILBAKE PÅ JOBB**

Det er mange utfordringar ved det å vere fullt eller delvis sjukemeld. Mange pustar ut når den tilsette endeleg er tilbake i jobb. Likevel er situasjonen kanskje ikkje heilt problemfri. Det kan vere viktig å vurdere tre forhold:

1. Om dei problema som var årsak til fråværet og helsesyntoma, no er fjernet, eller om dei framleis er til stades
2. Om tilbakeføringa har gått gradvis nok
3. Om den tilsette toler å heilt brått stå utan noko oppfølgingstilbod. Normalt tek samtalanene med leiaren og med legen og anna helsepersonell slutt når ein er tilbake i jobb

Ei løysing kan vere å tenkje at oppfølginga av sjukefraværet sluttar først til dømes tre månader etter at ein er tilbake etter eit langtidsfråvær. Også her er det nødvendig med skreddarsaum ut frå både persontypen og typen av problem. Også i slike tilfelle kan «spørjemetoden» vere god å nytte. Ein kan rett og slett spørje den tilsette som er tilbake etter fråvær i lang tid på grunn av sjukdom, om han eller ho ønskjer kontaktpunkt kvar veke eller kvar månad – ein «vedlikehaldskontakt» for å følgje opp korleis det går. Her òg er rådet å nytte helsepersonell dersom det er behov for det.

#### **SITUASJON 5: PERMANENT BORTE FRÅ JOBB**

I somme saker oppstår også situasjonen «permanent borte». Sjølv om ein prøver å finne løysingar, går den tilsette til slutt over på permanente ytingar. Det blir altså trygd i staden for arbeid. Relasjonen mellom arbeidsgjeveren og den sjukemelde blir gradvis svekt, først etter eitt år, når sjukelønna tek slutt, og så seinare fram til tilsetjingsforholdet tek slutt. I slike periodar er det likevel viktig å halde oppe ein positiv «avviklingskontakt». Den kan i somme tilfelle takast opp att, om situasjonen skulle endre seg. Tidlegare var det sjeldan at dei som var på full uføretrygd, kom tilbake i arbeid. Men i dei seinare åra er det kome ein del endringar som gjer at det kan variere kor permanente uføreytingar blir.



## Problema

Mange av årsakene til fråvær frå arbeidslivet kan finnast i helsetilstanden og funksjonsevna til den tilsette. Men sjukefråvær har også fleire andre grunnar. Grunnane kan vere sysselsetjingssituasjonen, arbeidsmiljøet, omstillingsgraden, korleis lover og reglar er utforma og blir praktiserte. Det same gjeld normer, haldningar og demografiske forhold (Hogstedt mfl. 2004, Marklund mfl. 2005, SBU 2003, NOU 2000: 27). Mange helseplager som ikkje kjem av kroppslig vanhelse fører også til sjukefråvær. Plager kan gjere at den sjukemelde blir stekt oppteken av smertene. Vedkomande blir uroleg og redd for at dette er farleg. Den sjukemelde går inn i ei rolle som kronisk sjuk. Å kunne jobbe med smerter krev i mange tilfelle at ein har ein arbeidsgjevar som har evne og vilje til å leggje arbeidsoppgåvene og arbeidsmiljøet til rette.

Dei følgjande dimensjonane er viktige når ein skal forstå problema:

- sjukefråvær på individnivå versus sjukefråvær på gruppe- eller systemnivå
- årsaker til fråvær versus årsaker til helseplager
- uspesifikke helseplager versus spesifikke helseplager (der ein finn vanhelse i kroppen)
- arbeidsrelaterte problem versus ikkje-arbeidsrelaterte problem
- kjende årsaker til sjukefråvær versus ukjende årsaker til sjukefråvær
- dokumenterte årsaker til sjukefråvær versus udokumenterte årsaker til sjukefråvær
- avgrensa problem versus komplekse og samansette problem
- problem som kan løysast, versus problem som ikkje kan løysast

## **SJUKEFRÅVÆR – EIT KOMPLEKST PROBLEM**

Det er nødvendig å sjå årsakene til sjukefråvær i samanheng. Ved at vi i termen sjukefråvær har knytt sjukdom til endinga fråvær, kjem ofte helse-tilstanden i søkelyset. Likevel kan ein i fråværsaker som har gått over lang tid, også vurdere om det er helseplagene eller fråværet som er diagnosen. Ofte kan begge delar utgjere eit problem som skal løysast. Sjølv om hel-seproblema ikkje lét seg løyse, kan kanskje fråværsproblemet løysast heilt eller delvis?

Kanskje skulle vi skilje mellom tre ordstammar, «sjuke»-«fråværs»- «meld»? Å vere «meld sjuk» opnar også for spørsmål rundt sjølve meldinga. Kven har valt å melde ein sjuk? Er det legen eller den tilsette? Ved eigenmeldt fråvær kan det sjå ut til å vere heilt opplagt. Men kva for handlingsrom hadde ein eigentleg da ein gjorde valet? Har ein eigentleg hatt eit reelt val? Ved lege-meldt fråvær er det uklart. Legen må basere vala sine på sjukehistoria til den tilsette. Kommunikasjonen mellom dei er ofte bygd på tillit. Det kan skape problem i einskildsaker at det å melde seg sjuk er ei handling basert på tillit mellom arbeidstakaren og arbeidsgjevaren. Mistillit og mistenkjeleggjing kan bli konsekvensen. Dersom ein skulle misbruke systemet og utfordre til-liten, kan det bli negativt for andre sjukemelde.

Det kan også vere med på å avgjere omfanget av problemet om ein kan sjå sjukefråværet på førehand. Mange helseplager kjem gradvis. Problema kan ha vore til stades lenge når nokon blir borte frå arbeid. Difor kan det vere viktig å prøve å få oversikt over problema på eit tidleg stadium.

Vi hevdar ofte med stor overtyding at sjukefråvær er eit komplekst fe-nomen. Dersom vi ser på sjukefråvær på individnivå, kan det vere svært avgrensa og ikkje nødvendigvis komplekst. Til dømes kan ein lastebilsjåfør med brekt høgrebain og gips opp til over kneet oppleve at han ikkje kan vere sjåfør for ein periode. Da er problemet og konsekvensane av proble-met avgrensa og opplagde. Andre gonger botnar sjukefråværet i kombi-nerete problemstillingar, fysisk og psykisk, på jobb og heime. Problemet er komplekst og samansett og vanskeleg å få oversikt over. Ein kan prøve å forstå komplekse saker ved å nytte ein arenamodell. Kva for nokre av årsa-kene til helseplagene og fråværet er knytte til arbeidsplassen, heimen, fri-tida, Nav, helsetenesta og samfunnet? Modellen kan også gjere det lettare å peike ut problem på tvers av arenaer, til dømes på jobbarenaen og familiea-renaen. Ved hjelp av ein slik modell kan ein få betre innsikt i problema. Det kan medverke til at det blir lettare å løyse dei. Ukjende problem kan vere vanskelege å løyse.



## **SJUKEFRÅVÆR – INDIKASJON PÅ HELSEPLAGER ELLER EI HANDLING?**

Det blir stadig stilt spørsmål ved om fråværet er legitimt, om det verkeleg er helseproblema som er årsak til fråværet. Ut frå ein analyse av kunnskap henta frå forskingslitteraturen skisserer Johansson og Lundberg (2005) tre ulike perspektiv på samanhengen mellom helseplager og årsaker til sjukefråvær:

1. *Sjukefråværet blir sett som eit resultat av helseplager.*  
I desse tilfella er ein oppteken av risikoen for helseplager i og utan for jobben. Ofte skil ein mellom fysiske, psykososiale og kjemiske faktorar. Sjukefråvær er her ein indikator på helseplager. Forholdet mellom helseplager og sjukefråvær blir ikkje problematisert, men blir teke som noko sjølvst.
2. *Sjukefråværet blir sett som ei handling som ikkje har med helseplager å gjere.*  
Her er ein oppteken av at sjukefråværet er illegitimt, at det dreier seg om å forlengje helga ved å ta måndagen fri. Det handlar om umoral og ukultur. Helseplager har i dette perspektivet ikkje noko med sjukefråværet å gjere.
3. *Sjukefråværet blir sett som ei handling som har med helseplager å gjere.*  
Her er ein oppteken av når helseplager gjev opphav til sjukefråvær, og når dei ikkje gjer det. Ein ser på kva som påverkar avgjerda om å gå på jobb når ein har slike plager. Valet blir oppfatta som rasjonelt, sidan det er påverka av mange ulike forhold som ein kan sjå på som kostnader og nytte ved å vere sjukemeld.

I tråd med det første perspektivet tenkjer mange at det er ein absolutt samheng mellom helseplager og fråvær. Om vi berre finn det som skaper plagene, og fjernar risikofaktorane, så forsvinn helseplagene og fråværet også. Men det er ikkje grunn til å tru at denne samanhengen er absolutt. Vi tener difor på å differensiere mellom årsaker til helseplager og årsaker til fråvær. Til dømes kan ikkje auken i sjukefråvær forklarast fullt ut av ei endring i helsetilstanden i befolkninga (Marklund mfl. 2005, NOU 2000: 27).



## **ARBEIDSRELATERT ELLER IKKJE?**

For å forstå sjukdom og fråvær er det viktig å vurdere om sjukefråværet er arbeidsrelatert eller ikkje. Hogstedt mfl. (2004) prøver å analysere sjukefråværsproblemet. Dei gjer det ved å skissere tre ulike problemstillingar, som ein bør sjå i samanheng:

- I kva grad sjukefråværet er skapt av arbeidsmiljøet
- I kva grad sjukefråvær som ikkje botnar i arbeidet, blir forverra av arbeidsmiljøet
- I kva grad det er mogleg å unngå sjukefråvær ved at ein kan arbeide trass i sjukdom

Kor mykje av sjukefråværet kan forklarast av faktorar på arbeidsplassen? Det er lansert ulike estimat og lagt fram ulike resultat når det gjeld det spørsmålet. Den danske forskaren Merete Labriola (2007) la fram ein stor studie i

Danmark. Studien påviste at om lag 40 prosent av langtidssjukefråværet har samanheng med forhold i arbeidsmiljøet.

Mange sjukemelde blir også spurde, blant anna av arbeidsgjevaren sin, om sjukefråværet er arbeidsrelatert. Fleire arbeidsplassar har system der den tilsette sjølv kryssar av for nettopp dette. Men det er vanskeleg å svare heilt presist på spørsmålet. Grunnen er at det kan tolkast på minst to måtar:

1. Er helseplagene arbeidsrelaterte?
2. Er fråværet arbeidsrelatert?

Det kan vere grunn til å tru at dei fleste sjukemelde svarer på spørsmål 1 når dei blir spurde av arbeidsgjevaren og Nav. Samtidig kan ein hevde at det er minst like viktig å få svar på spørsmål 2.

Dei ulike svara opnar ulike rom for løysingar for arbeidsplassen. Forenklar vi alternativa ved å ta bort «veit ikkje», sit vi att med fire moglege svar. Ein ser dei av tabellen nedanfor. Ei slik forenkling gjer det lettare å peike på yterpunktta, men røynda er meir komplisert enn som så. Når ein spør langtidssjukemelde om sjukefråværet deira er arbeidsrelatert, er det umogleg å svare presist for ein del av dei, rett og slett fordi det er samansette årsaker til sjukefråværet og/eller helseplagene.

Som tabell 5 viser, bør ein sjå helseplagene i samanheng med oppgåver som er lagde til jobben, og med dei krava som oppgåvene stiller. Medan ein rekneskapsførar med skadar i eit kne kan fungere utan sjukefråværet, kan dei same skadane gje 100 prosent sjukemelding for ein dansar. For å avdekkje problema er det difor nødvendig å analysere oppgåvene. Kva for trinn i arbeidsaktiviteten er det som skaper problema? Aktivitetsanalyse er ein gammal metode frå den første verdskrigen som blei laga for å identifisere nettopp dette. Internasjonalt blir metoden nytta av ergoterapeutar og ingeniørergonomar.

Når ein avdekkjer at fråværet er arbeidsrelatert, er det heilt avgjerande å setje i verk førebyggjande tiltak slik at situasjonen til den sjukemelde ikkje blir forverra. Dette er viktig også for å unngå at fleire tilsette får dei same plagene. Arbeidsgjevaren har ansvar for tilbakeføring ved det ikkje-arbeidsrelaterte fråværet.

**Tabell 5** Aktuelle kombinasjonar av svar på desse to spørsmåla: Er helseplagene arbeidsrelaterte? Er fråværet arbeidsrelatert?

Svarkombinasjonar	Eksempel	Kvø for løysingsrom arbeidsplassen har for tilbakeføring
Ja/Ja	Ho har ryggsmertar blant anna på grunn av mangeårig arbeid med tunge løft og flytting av bebuarar på sjukeheim. Det er likevel ikkje smertene som er grunnen til fråværet, men den typen arbeid ho har. Endra oppgåver kan endre fråværssituasjonen.	Stort
Nei/Ja	Han har leddgikt i periodar. Fråværet kjem av forhold som kan endrast ved god tilrettelegging av arbeidsoppgåvene og det fysiske arbeidsmiljøet.	Stort
Ja/Nei	Ho har fått nakkeplager på grunn av for mykje intensivt arbeid ved pc-en gjennom mange år og manglande høve til å ta pausar (på grunn av tidsfristar). Men fråværet kjem av eit opphald på fire veker på ein rehabiliteringsinstitusjon og ikkje av forhold på arbeidsplassen.	Lite
Nei/Nei	Han har kreft og er under behandling med cellegift og kirurgi. Fråværet kjem ikkje av forhold på arbeidsplassen, men standard sjukemeldingsrutinar for spesialisthelsete-nesta.	Lite

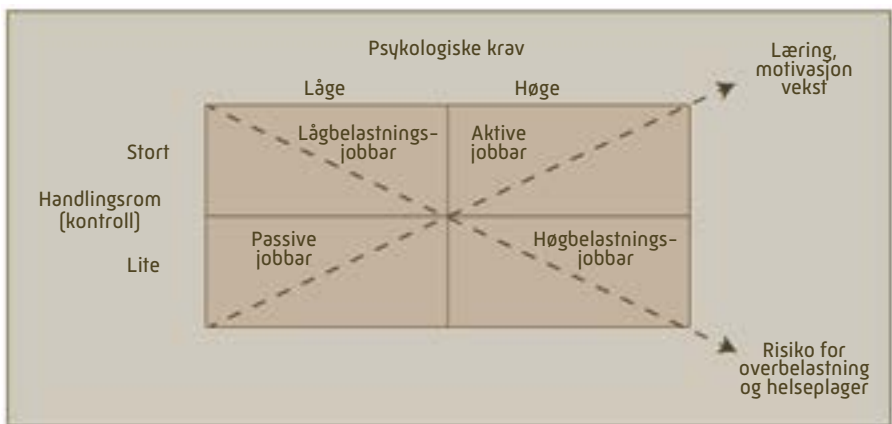
## TEORiar

Mange teoriar kan vere med på å forklare problemstillingar i samband med helseplager og sjukefråværet i arbeidslivet. Her skal vi gå kort inn på to modellar:

- krav-kontroll-modellen
- sjukefleksibilitetsmodellen

## Krav-kontroll-modellen

Den teoretiske modellen som blir nytta aller mest til å forklare arbeidsrelaterte helseplager og sjukefråvær, er krav-kontroll-modellen (Karasek og Theorell 1990). I denne modellen er krav i arbeidet blitt definerte som forventningar frå omgjevnadene (Levi mfl. 2000). Slike krav kan verke negativt dersom dei går over eit handterleg nivå (de Jonge og Dormann 2003). Men dei kan også ha ein positiv effekt på arbeidstakaren: Dei kan verke stimulerande og by på utfordringar så lenge dei kan handterast. Krava kan vere psykologiske eller fysiske. Det kan også vere krav til kor hardt ein skal arbeide, organisatoriske restriksjonar, krav om ferdiggjering av oppgåver eller krav som ikkje kan foreinast med kvarandre (Karasek og Theorell 1990). Den store styrken til denne modellen er at han ser krava i samanheng med graden av kontroll, etter kvart også med graden av støtte. Kontroll dreier seg om det som Karasek og Theorell kallar det høvet den tilsette har til å ta avgjerder, eller korleis ein opplever å ha kontroll over situasjonen. Det er altså når krava blir høgare enn den kontrollen ein har over sine egne avgjerder at det blir fare for helseplager og sjukefråvær. Jobbar med høge krav og låg kontroll blir kalla høgbelastningsjobbar i modellen. Det motsette er aktive jobbar, med både høge krav og høg kontroll. Slike jobbar blir opplevde som stimulerande og utfordrande. Dei skaper læring og motivasjon. Difor er dei ikkje risikjobbar.



**Figur 4** Krav-kontroll-modell. Etter Karasek (1979).

## Sjuefleksibilitetsmodellen

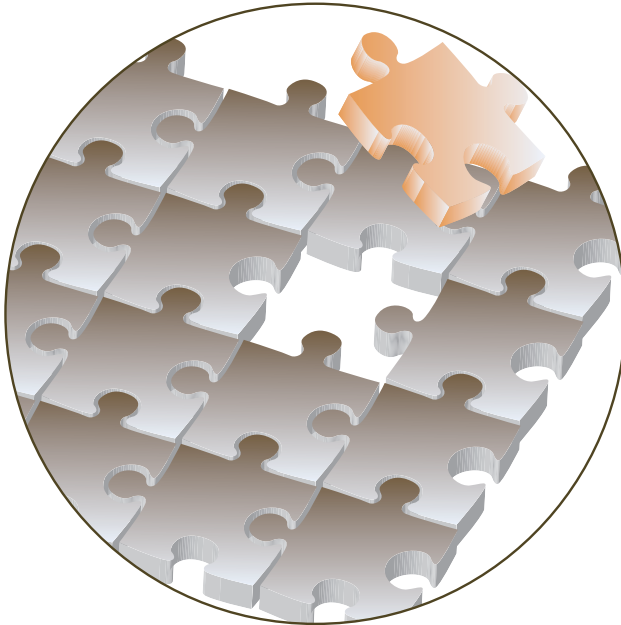
Den såkalla sjuefleksibilitetsmodellen er utvikla av to svenske forskarar, Gun Johansson og Ingvar Lundberg (Johansson og Lundberg 2005). Innanfor modellen er sjuefråvær ei handling. Handlinga heng saman med helseproblem. Denne handlinga er styrt av mange faktorar utanfor personen. Modellen tek utgangspunkt i dette: Når eit menneske skal velje om det skal vere sjukemeldt eller ikkje, er det eit spekter av ulike vilkår i og utanfor arbeidsarenaen som påverkar valet. Modellen seier at valet blir påverka av kva for høve til tilpassing som finst. Den seier noko om kva for krav til å vere til stades og krav til å vere borte som blir stilte, og kva for nærværs- og fråværsinsitamant som blir personen får. Det er forska ein del ved hjelp av modellen, for å teste om han stemmer med erfaringsmateriale som er samla inn frå arbeidslivet (Johansson og Lundberg 2005). Spesielt har ein undersøkt kor mykje høvet til tilpassing i arbeidet påverkar nivået av sjuefråvær. I ein av studiane bestod utvalet av tilsette i privat sektor. Dei hadde hatt sjuefråvær i minst 90 dagar det siste året (Johansson og Lundberg 2003). Informantane blei spurde eitt år etter. Spørsmålet dreidde seg om dei ni følgjande formene for tilpassing i arbeidet. Kven av desse hadde dei hadde høve til å nytte då dei fekk helseplagene?

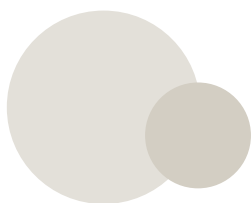
1. å kunne velje blant arbeidsoppgåver
2. å kunne velje vekk visse arbeidsoppgåver
3. å kunne få hjelp av kollegaer
4. å kunne jobbe meir langsamt
5. å kunne påverke tidspunktet for pausar
6. å kunne forkorte arbeidsdagen
7. å kunne gå heim og gjere arbeidet seinare
8. å kunne arbeide uforstyrra på arbeidsplassen
9. å kunne arbeide heime

Resultata viste ein svært sterk samanheng. Samanhengen var mellom talet på former for tilpassing som det var høve til å gjere, og tilbakekomsten etter fråværet. Først dei som ikkje hadde høve til å gjere desse formene for tilpassing. Av desse var 32 prosent av mennene og 45 prosent av kvinnene komne tilbake. Så dei som hadde høve til alle dei ni formene for tilpassing. Av dei var 87 prosent av både mennene og kvinnene komne tilbake. Ein annan studie har sett på samanhengen mellom talet på høve til tilpassing

og kor lenge sjukefråværet varte (Stockholms läns landsting 2004). Resultata viste to ting: For fråvær på mellom ein og sju dagar per år var det ikkje samanheng mellom talet på høve til tilpassing og sjukefråværet. For sjukefråvær på over 30 dagar per år var det samband mellom ein auke i talet på høve til tilpassing og lågare fråvær.

Ein kan sjå sjukefleksibilitetsmodellen i samanheng med krav-kontroll-modellen, på den måten at eit høve til tilpassing kan sjåast som eit høve til å få auka kontroll over sin eigen situasjon. Fleire høve til tilpassing kan altså utvide spelerommet for å ta avgjerder for den tilsette.







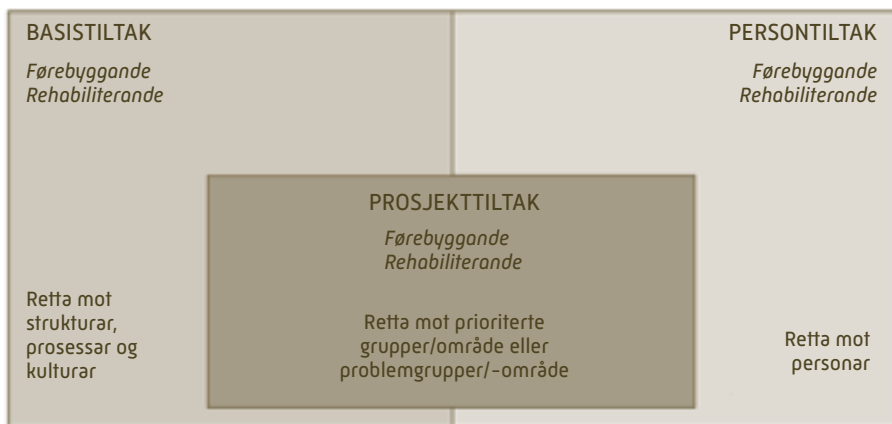
## Løysingane

Løysingar på fråværsproblemet kan bestå i eitt einskilt vellykka tiltak eller av mange ulike tiltak som verkar kvar for seg eller saman. Alle tiltak ber difor i seg ei potensiell løysing. Ofte må ein setje i verk mange ulike tiltak for medverke til at tilbakeføringa går så raskt som råd. Det er ikkje lett å sjå på førehand kva for nokre av dei som gjev løysinga. Mange gonger kan det i etterkant vere vanskeleg å peike på kva det var som løyste fråværsproblemet.

Løysingar kan kallast sjukefråværstiltak, med ei samlenemning. Dei omfattar eit spekter av ulike tiltak som har vore lite definerte eller kategoriserte. Det kan gje ei oppleving av at «terrenget» blir uoversiktleg. Følgjene av manglande definisjonar og kategoriseringar kan også vere at i det i somme saker er få tiltak som er prøvde ut, medan det i andre er sett i verk eit spekter av tiltak. Mange meiner kanskje at sjukefråværstiltak er dei individretta tiltaka som blir sette inn overfor den som er sjukemeld. Dette heftet argumenterer for at det er ei rekkje meir systemretta tiltak i verksemda som står heilt sentralt om en skal få til ei rask tilbakeføring for den einskilde – i tillegg til dei individretta.

I dette heftet skal vi presentere sjukefråværstiltak gjennom ei tredelt kategorisering, ut frå kva tiltaka er retta mot (figur 5 og tabell 6). Denne kategoriseringa byggjer på ein analyse av alle dokument og planar frå tolv kommunar som har arbeidd med å definere tiltak mot sjukefråvær, og på intervju med prosjektgruppene i kommunane (Aas og Skaugen 2007a og 2007b).

Basistiltak står sentralt i det arbeidet verksemda gjer med sjukefråvær. Basistiltak er retta mot struktur, prosessar og kulturar i verksemda og skal danne grunnlag for dei personretta tiltaka. Den tredje kategorien av tiltak er prosjekttiltak. Slike tiltak kan vere både basistiltak og persontiltak, men organiserte som prosjekt. Prosjekttiltaka er retta mot prioriterte område eller grupper eller problemområde eller problemgrupper i verksemda.



**Figur 5** Dei tre ulike tiltakstypane som blir presenterte i heftet. Basistiltak og personiltak er distinkte former for tiltak, medan prosjekttiltak kan vere anten basistiltak eller personiltak og er organiserte som eit prosjekt.

I tillegg kan vi hevde at sjukefråværstiltak kan delast i enda to grupper: tiltak som blir sette i verk for å førebbyggje sjukefråvær, og tiltak som blir sette i verk når fråværet er eit faktum. Den siste typen har til formål å rehabiliterer etter sjukefråvær. Arbeid med sjukefråvær kan altså gå ut på både å fjerne farar og å føre tilsette raskt tilbake i arbeid.

**Tabell 6** Tre typar sjukefråværstiltak med definisjonar.

	<b>Tiltaks- og løysingskategoriar</b>
1	<b>Basistiltak</b> Definisjon: Basistiltak er innsats som er retta mot strukturane, prosessane og kulturane i verksemda og har til formål å førebbyggje sjukefråvær eller føre tilsette tilbake etter sjukefråvær.
2	<b>Personiltak</b> Definisjon: Personiltak er innsats som er retta mot personar i verksemda og har til formål å førebbyggje sjukefråvær eller føre tilsette tilbake etter sjukefråvær.
3	<b>Prosjekttiltak</b> Definisjon: Prosjekttiltak er basistiltak og personiltak som er organiserte som prosjekt som er retta mot prioriterte grupper/område og/eller problemgrupper/problemområde i verksemda og har til formål å førebbyggje sjukefråvær eller føre tilsette tilbake etter sjukefråvær.

Å sortere sjukefråværestiltaka kan bidra til å gjere ein medviten om kva tiltaka er retta mot. Det kan også gi betre oversikt over to ting: Kva det er som er teke godt hand om med tiltak. Og kva det ikkje er sett i verk tilfredsstillande tiltak overfor.

Tidleg intervensjon har vore halde fram som eit uomstridd mantra i forskingslitteraturen og i praksis. Ideen har vore tufta på at det er viktig å gjere noko før situasjonen blir for fastlåst, og før det oppstår sekundærfølgjer av at folk er lenge borte frå jobben. Likevel er det ofte ikkje diskutert meir grundig kva «tidleg» skal tyde i ulike saker, og kva for typar av intervensjonar som bør kome når. Dette er eit stort og viktig tema, på fleire måtar:

- Ein bør kartleggje kva som er det lågaste effektive nivået på intervensjonane. Målet er at ein ikkje går ut med eit meir omfattande tilbod enn det som er nødvendig for å få til førebygging eller tilbakeføring. Jamfør det såkalla LEON-prinsippet. Det er nytta i den offentlege helsetenesta. Forkortinga står for Lågaste Effektive Omsorgsnivå.
- Ein bør kartleggje kva for problemområde kvar einskildsak omfattar, slik at ein får ein indikasjon på kva for tiltak som bør setjast i verk først og sist.

Tidleg intervensjon kan nyttast som eit prinsipp som kan gjelde alle tiltakstypane, også basistiltaka.

## **TILTAKSTYPE 1: BASISILTAK**

Tabell 7 viser dei basistiltaka vi skal presentere her. Dei skal skape eit grunnlag for dei personretta tiltaka og kan difor påverke dei. Eit eksempel kan vere dersom ein person i verksemda blir sjukemeld. Da blir tilbakeføringsprosessen og oppfølginga styrte av dei skriftlege sjukefråværsrutinane verksemda har. Vidare av korleis dei er forankra i organisasjonen, og av kva for opplæring leiarar har fått. I tillegg blir prosessane også styrte av dei strukturane og systema verksemda har for samarbeid med Nav og helsetenesta. Difor er basistiltaka heilt avgjerande for tilbakeføringsprosessane. Det er dei også for at ein skal kunne førebyggje sjukefråvær.

**Tabell 7** Oversikt over basistiltak.

Tiltaksgruppe	Aktuelle tiltak
Basistiltak er retta mot strukturar, prosessar og kulturar i verksemda.	Sjølvkartleggingstiltak Måltiltak Planleggingstiltak Prosedyrar, rutinar og retningslinjer Samarbeids- og samhandlingstiltak Kulturbyggingstiltak Forankringstiltak Informasjons- og opplæringstiltak Evalueringstiltak

### Sjølvkartleggingstiltak

Å setje i verk tiltaka utan å kjenne dei sterke og svake sidene til verksemda kan opplevast som å jobbe i blinde. Det kan fort føre til at ressursane går til marginale tiltaksområde eller til område der ein har lite å hente. Sjølvkartleggingstiltak er difor grunnleggjande i eit målretta arbeid med sjukefråvær. Sjukefråværsproblemet er samansett. Det finst eit breitt spekter av årsaks-samanhengar. Difor er det heller ikkje like mykje fråvær i ulike avdelingar og blant ulike grupper av arbeidstakarar. Sjølv innanfor den same bransjen kan det vere store forskjellar mellom verksemder og mellom avdelingar. Det finst verksemder eller avdelingar som har eit problem med korttidsfråvær som er langt over landsgjennomsnittet, medan det er andre som ikkje har det. Veit ein ikkje kvar skoen trykkjer, skaper det store utfordringar når ein skal prioritere kva som skal gjerast for å minske fråværet.

Ein del har valt å bry seg mest om nærvær, i staden for fråvær. Dei brukar difor nærværstal heller enn fråværstal. Dei kan til dømes seie at "vi det siste året hadde 94 prosent nærvær". Då kan dei medverke til at nærværsfaktora- ne blir forsterka i verksemda. Å setje søkjelyset på nærvær kan vere ein god strategi. Det gjeld så lenge det ikkje blir ei sovepute for problema som skal løysast. Nærværet krev ikkje problemløysingstiltak. Det er det sjukefråværet som gjer. Når vi også veit at det meste av sjukefråværet ikkje er arbeidsrela- tert, blir vi nøydde til å løyse fråværsituasjonar sjølv om vi vel å legge vekt på nærvær. Så det er kanskje best å arbeide godt med både nærvær og fråvær?

Fråværs- og nærværsstatistikken bør òg sjåast i lys av inkluderingsresultata. Det handlar om kor mange arbeidstakarar med redusert funksjonsevne verksemda har. Det er spesielt viktig fordi nærvær og inkludering kan konkurrere med kvarandre, ved at personar med redusert funksjonsevne kan ha eit høgare fråvær enn gjennomsnittet. Ein må da kunne leve med noko høgare fråværstal. Det kan vere nyttig å samanlikne fråværsstatistikken i si eiga verksemd med den sentrale sjukefråværsstatistikken frå Nav og Statistisk sentralbyrå (SSB). Da kan ein sjå korleis ein ligg an jamført med sin eigen sektor, si eiga næring og sitt eige fylke. Alderssamansetnaden og kjønnsamansetnaden i verksemda er eksempel på forhold som kan påverke sjukefråværet på arbeidsplassen.

Kva for spesielle utfordringar har så verksemda? Kva er årsakene til utfordringane? Korleis verkar dei ulike årsakene på kvarandre? Desse spørsmåla kan kaste lys over aktuelle utfordringar:

- Korleis er alderssamansetnaden og kjønnsamansetnaden samanlikna med den nasjonale statistikken for bransjen?
- Er det lite gjennomtrekk (låg turnover) i verksemda, slik at ho har ein raskt aldrande arbeidsstokk? Kjem dette i så fall til å medverke til eit høgare sjukefråvær framover, eller er dei eldste arbeidstakarane dei med lågast sjukefråvær i denne verksemda?
- Er sjukefråværet spesielt høgt i somme avdelingar eller i somme yrkesgrupper, som reinhaldarar? Eller har sjukefråværet blant gravide auka heller mykje?
- Har ein ikkje nådd måla for minsking av sjukefråværet sjølv om rutinane er blitt følgde?
- Er det spesielt langtidfråværet, på over åtte veker, som har auka? Kvifor har det i så fall auka? Kva for tiltak kan ein setje i verk for å snu utviklinga?
- Kan den økonomiske snuoperasjonen til verksemda, med nedbemanning, forklare at sjukefråværet har auka i heile verksemda den siste tida?

## Måltiltak

«I sjukefråværsarbeidet står det heilt sentralt å vite kvar ein skal, og så klare å halde oppe tempoet og trykket på vegen dit. Undervegs kan det skje mykje, men da er det viktig å ikkje miste målet av synet, det er viktig å ikkje rote seg bort.» Dette rådet blei gjeve av ein IA-kontakt i ei verksemd som hadde drive eit systematisk, godt arbeid med sjukefråvær i ei årrekke.

Når måla skal formulerast og prioriterast, er det viktig å sørge for at alle aktørar er representerte, både dei interne aktørane og dei eksterne gode hjelparane. Mange har erfart at det kan vere ei utfordrande oppgåve å definere nyttige mål. Effekten skal vere målbar.



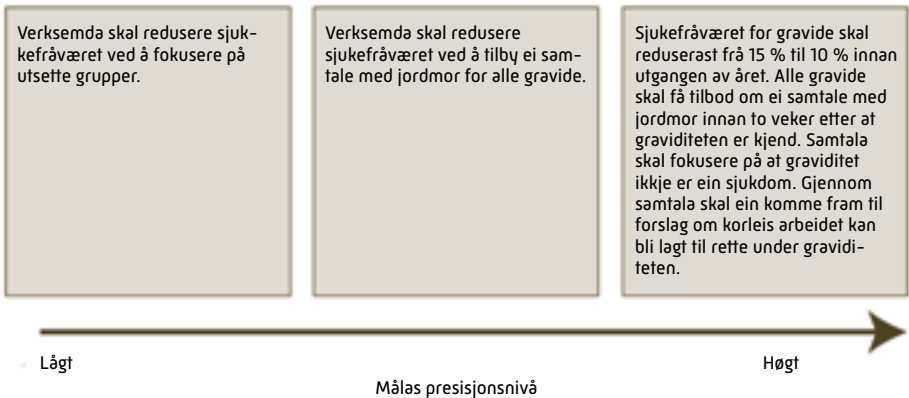
Mange mål er formulerte meir som visjonar og ambisjonar enn som mål. Ein visjon eller ambisjon er noko ein ønskjer å strekkje seg etter. Eksempel kan vere «openheit, rausheit, respekt og medverknad» og «å ha vilje, evne og helse til å jobbe til pensjonsalderen». Andre gonger er måla formulerte som formål snarare enn som mål. Formålet er grunngevinga for dei måla ein set, og det er sjeldan målbart. Det har ofte eit innhald som liknar meir på visjonane eller ambisjonane. Eit formål kan vere formulert som «at medarbeidarane blir friskare, meir motiverte og stoltare av arbeidet sitt og av arbeidsplassen, meir profesjonelle og meir til stades på jobben». Denne formuleringa er vag. Det er vanskeleg å måle om formålet er oppfylt. Skal vi omsetje slike visjonar, ambisjonar eller formål til mål, må vi konkretisere kva

vi faktisk vil oppnå. Kva meiner vi skal vere den reelle pensjoneringsalderen i verksemda vår? Kva meiner vi skal vere den aksepterte grensa for sjukefråvær? Slike mål må også sjåast i samband med sjølvkartleggingstiltak i verksemda, slik at det er dei reelle og store problemstillingane vi prioriterer å definere måla for.

Ein annan faktor som skaper ei utfordring, er å fastsetje måltal. Ofte er det ikkje opplyst om det er prosent eller prosentpoeng som er nytta. Prosentpoeng uttrykkjer den absolutte forskjellen mellom to prosentverdiar. Til dømes er ei 20 prosents minsking i eit sjukefråvær på 7 prosent ein reduksjon på 1,4 prosentpoeng – til 5,6 prosent. Mange gonger kan det vere lettare å definere nettopp kva for prosent ein ønskjer å oppnå, altså å seie: «Målet er at sjukefråværet innan utgangen av 2008 skal vere på 5,6 prosent.» Da veit alle kva ein ønskjer å få til.

Det er viktig at presisjonsnivået er høgt når ein skal setje mål. Måla på figur 6 viser eksempel på ein gradvis auke i presisjonsnivået i sjukefråværsmåla. Å «minske sjukefråværet» bør talfestast. Kva for utsette grupper skal innsatsen konsentrere seg om? Når skal det skje? Kva for problemstillingar gjeld, kva skal skje i samtalen, når skal samtalen gå føre seg? Presisjonsnivået er svært viktig for å lette arbeidet med å forstå måla. Det er òg viktig når ein skal prøve å nå dei, og når ein skal evaluere om måla er nådde.

**Figur 6** Presisjonsnivået i måla for sjukefråværstiltak



Det kan vere formålstenleg å operere med to ulike typar mål:

- mål for sjukefråværsutviklinga (direkte mål)
- mål for sjukefråværsarbeidet (indirekte mål)

Den første gruppa av mål omfattar mål for utviklinga i sjukefråværet. Dei kan omtalast som resultatmål i arbeidet med å minske sjukefråværet, auke inkluderinga, utsetje avgangen og auke kvaliteten eller effektiviteten. Desse måla er her delte inn i fem ulike målkategoriar:

1. minsking i sjukefråværet eller auke i nærværet
2. minsking i talet på uføre
3. auka inkludering av personar som står utanfor arbeidslivet med redusert funksjonsevne
4. auke i den reelle pensjoneringsalderen
5. auka kvalitet, produktivitet og lønnsemd

**Tabell 8** Direkte sjukefråværs mål. Måla er henta frå ein analyse gjord i tolv kommunar (Aas og Skaugen 2007a).

	Målkategori	Eksempel
1	Mål om minsking i sjukefråværet eller auke i nærværet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nærværet skal vere på 93 prosent innan 2 år.</li><li>• Sjukefråværet skal reduserast med 20 prosent årleg i 2 år.</li><li>• Sjukefråværet skal vere 2 prosent under landsgjennomsnittet innan 2 år.</li><li>• Før det har gått 12 månader, skal langtidssjukemelde kome i gjennomsnitt 10 dagar raskare tilbake.</li><li>• Nærværet på arbeidsplassen skal aukast med 1 prosentpoeng gjennom systematisk oppfølging av dei sjukemelde.</li><li>• Verksemda skal vere blant dei 4 med lågast sjukefråværet i bransjen i fylket.</li></ul>



2	Mål om minsking i talet på uføre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbakeføringa til ordinært arbeid skal skje så tidleg som råd og seinast før sjukefråværet har vart i 12 månader.</li> <li>• Talet på uføre skal reduserast eller liggje stabilt på 5 i året.</li> <li>• 10 prosent færre tilsette skal over på uføretrygd.</li> </ul>
3	Mål om auka inkludering av menneske med redusert funksjonsevne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 arbeidstakarar med redusert funksjonsevne skal inkluderast i kalenderåret.</li> </ul>
4	Mål om auke i den reelle pensjoneringsalderen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ein skal motverke tidleg avgang i omstillingsprosessar ved å tilby ein samtale med kvar einskild.</li> <li>• Verksemda skal liggje under landsgjennomsnittet når det gjeld tilsette på AFP (avtalefesta pensjon).</li> </ul>
5	Mål om auka kvalitet, produktivitet og lønnsemd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lønnsemda skal betrast gjennom høgare arbeidsdeltaking og eit sjukefråvær på under 5 prosent.</li> </ul>

Den andre gruppa av mål omfattar mål for arbeidet med sjukefråværet. Slike mål kan påverke sjukefråværet indirekte. Det kan dreie seg om mål for strukturane, kulturane og prosessane rundt sjukefråværet i verksemda. Desse måla er her sorterte i åtte ulike målkategoriar:

1. oppsetjing av mål
2. individuell tilrettelegging og oppfølging
3. samarbeid
4. informasjon og opplæring
5. haldningar og kultur
6. roller og funksjonar
7. bruk av kunnskap om verksemda
8. ressursar i arbeidet med sjukefråvær

**Tabell 9** Indirekte sjukefråværs mål. Måla er henta frå ein analyse gjord i tolv kommunar (Aas og Skaugen 2007a).

	Målkategori	Eksempel
1	Oppsetjing av mål	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage mål der ein kan etterprøve resultatet.</li> <li>• Sjå til at måla er ein integrert del av HMS-arbeidet.</li> <li>• Setje mål for arbeidet med oppfølging og tilrettelegging for arbeidstakarar med redusert arbeids-evne, for å førebyggje at dei går over frå arbeid til uføreytingar.</li> <li>• Vere konsentrert om eit langsiktig sjukefråværsarbeid.</li> </ul>
2	Individuell tilrettelegging og oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage oppfølgingsplanar for sjukemelde seinast innån fire veker.</li> <li>• Organisere «IA-plassar» (opplærings- og arbeidstreningsplassar) for personar som ikkje har eit arbeidsforhold.</li> <li>• Utvikle gode rutinar når det gjeld oppfølging av sjukemelde, og evaluere og justere dei med jamne mellomrom.</li> <li>• Sørgje for god ivaretaking av gravide.</li> <li>• Bli flinkare til å leggje til rette på arbeidsplassen slik at den sjukemelde raskare skal kunne kome tilbake i jobb, utan at det går ut over kollegaer.</li> <li>• Finne den rette graden av nærvær på arbeidsplassen og den rette typen av stilling, som den einskilde kan halde fast ved på lang sikt.</li> </ul>
3	Samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeide og skape medverknad frå Nav, nytte etaten meir.</li> <li>• Skape tettare samarbeid mellom den tilsette, legen og leiaren.</li> <li>• Samarbeide nært med bedriftshelsetenesta i sjukefråværsarbeidet.</li> </ul>
4	Informasjon og opplæring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sørgje for opplæring av leiingar på alle nivå.</li> <li>• Sørgje for at leiingar og tilsette får auka kompetanse i IA-arbeid (rettar, kva som er mogleg og plikter).</li> </ul>

5	Haldningar og kultur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skape større openheit omkring fråvær.</li> <li>• Etablere motivasjon og forståing hos leiarar og tilsette når det gjeld høve til tilrettelegging.</li> <li>• Skape klima for fleksibilitet.</li> <li>• Skape ei felles forståing for sjukefråværsarbeid i organisasjonen.</li> </ul>
6	Roller og funksjonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydeleggjere rolla til AMU (arbeidsmiljøutvalet) og trekkje utvalet systematisk inn i sjukefråværsarbeidet.</li> <li>• Sørgje for at oppfølgingsrutinane for sjukefråvær blir følgde.</li> <li>• Bruke omplasseringsutvalet godt.</li> <li>• La dei tilsette få eit større ansvar for å fremje eit betre arbeidsmiljø og redusert sjukefråvær i si eiga eining.</li> </ul>
7	Bruk av kunnskap om verksemda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lage ein grundig analyse av sjukefråværet for å samle så mange fakta som råd og peike ut område der potensialet for forbetring er størst.</li> <li>• Skaffe god statistikk for bruken av gradert sjukemelding.</li> <li>• Kartleggje dei tilsette generelt og dei sjukemelde spesielt – kvifor dei ikkje er på jobb.</li> <li>• Tilby avdelingane nærværstal kvar månad.</li> <li>• Synleggjere gode resultat.</li> <li>• Bruke data frå kartleggingar, dialog og tilbækemeldingar til å skreddarsy løysingar i den einskilde eininga.</li> </ul>
8	Ressursar i sjukefråværsarbeidet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sørgje for god nok bemanning og vikardekning når det er tilsette som er sjukemelde.</li> <li>• Setje av ressursar til å overvåke oppfølginga av sjukemelde i heile verksemda.</li> </ul>

## PLANLEGGINGSTILTAK

Når problema er identifiserte gjennom sjølvkartleggingstiltak og måla er definerte, er planleggingstiltaka det neste trinnet. Her kan eventuelt elektroniske planleggingssystem vere til hjelp. Det er ofte lurt å trekkje inn så mange som råd av interne og eksterne i prosessen både når måltiltaka og planleggingstiltaka skal fastsetjast og prioriterast. Eit anna råd kan vere å

innføre eller bestemme ei ordning der eit bestemt forum eller utval tek seg av planlegginga på dette området.

Det vil variere frå verksemd til verksemd om ein skal lage ein eigen plan for området sjukefråvær. Planen kan ha tiltak, tidsfristar, framdriftsplan, milestolpar og ansvarlege. Det er dei som skal setje i verk det einskilde tiltaket. Men for å få til eit langsiktig og godt planlagt sjukefråværsarbeid kan det vere nødvendig å lage planar på kort og lang sikt.

## **Prosedyrar, retningslinjer og rutinar**

Prosedyrar, rutinar og retningslinjer står sentralt i eit offensivt arbeid med sjukefråvær. Prosedyrar er meir styrande. Retningslinjer er meir rettleiande. Vi vil gjere det enkelt. Difor skal vi her omtale begge delar som rutinar. Det er sjølv sagt ikkje nok å utvikle rutinane. Det er avgjerande at rutinane blir tekne i bruk. Det er viktig at dei blir følgde av leiarar og andre på alle nivå. Det kan sjå ut til at dette er den største utfordringa i mange verksemdar.

De ulike stadia i utviklinga og innføringa av rutinar er

1. å definere behovet for rutinar
2. å utvikle rutinar
3. å ta i bruk rutinar i organisasjonen
4. å handtere avvik frå rutinar

### **Å definere behovet for rutinar**

Det er svært viktig at det berre blir utvikla rutinar som folk opplever som heilt nødvendige. Det kan gjere implementeringa betre når dei som skal gjere bruk av og følgje rutinane, også har vore med og definert behovet for dei.

### **Å utvikle rutinar**

Det kan lagast rutinar på svært mange område innanfor arbeidet med sjukefråvær. Det er ein fordel om rutinane kan finnast i både brosjyrar, sjekklister, tiltaksplanar, brev og på plakatar.

Den rutinen som kanskje er aller viktigast, er den som regulerer oppfølginga ved sjukefråvær. Det er ein kritisk prosess, fordi ein kan risikere at tida berre går utan at det skjer noko, dersom det ikkje er fastlagt kva som skal gjerast, når det skal gjerast, og av kven. Her er det allereie definert ein prosedyre på nasjonalt nivå med roller, hendingar og fristar for oppfølgingsplanar, dialog-

### **Eksempel på rutinar og retningslinjer**

- Rutinar for sjukefråværsoppfølging
- Rutinar for oppfølging av gravide
- Rutinar for samarbeid mellom verksemda og Nav, fastlegar og fleire.
- Rutinar og retningslinjer for analyse av situasjonen når det gjeld sjukefråværet i verksemda
- Seniorpolitiske retningslinjer for å halde på kompetent arbeidskraft fram til pensjonsalderen
- Rutinar for medarbeidersamtalar der sjukefråvær er eitt av temaa
- Rutinar for kva som skjer etter at sjukepengeåret er over

*Eksempla er henta frå ein analyse gjord i tolv kommunar (Aas og Skaugen 2007a).*

møte og meir. Prosedyren gjev eit lovpålagt minimumskrav for oppfølginga av sjukefråvær i verksemdene. Les meir på [www.nav.no/sykefravær](http://www.nav.no/sykefravær).

Det kan vere formålstenleg å endre den nasjonale prosedyren noko. Ein del verksemdar har i rutine sine rekna inn tida før sjukefråværet tek til. Der har også dei tilsette fått eit ansvar for å melde frå til leiaren sin om dei ser at dei kan bli sjukemelde dersom det ikkje blir gjort noko. Ein annan grunn til å endre den nasjonale prosedyren er at det kan vere behov for å ta til med oppfølginga av sjukefråværet tidlegare enn det prosedyren formidlar. Særleg bør verksemdene vere merksame på korleis dei skal sørgje for at dei sjukemelde får ei systematisk oppfølging også når det er gått mellom tolv veker og seks månader, altså i ein periode på heile tre månader eller cirka 65 fråværsdagar. Til dømes kan verksemdene velje å lage oppfølgingsplanen tidlegare enn det myndighetene krev. Det er ofte ikkje formålstenleg å vente så lenge som fire veker før ein gjer noko. Sjukefråværsrutinen må vere detaljert dersom ein skal få til ei tett oppfølging. Rutinen kan gjerne òg vere tydeleg på kva som skal skje, kven som skal ta initiativet til at det skjer, og når det skal skje. I ein slik rutine kan det vere ei god hjelp for leiaren at det finst ei menyliste over aktuelle verkemiddel og tiltak. Det er også viktig å setje opp reglar for kva som skal skje når sjukepengeåret nærmar seg slutten.

### **Å få på plass rutinar i organisasjonen**

Det er heilt avgjerande korleis ein implementerer rutine i verksemda. Til dømes er det viktig at absolutt alle tilsette veit at det finst ein sjukefråværsrutine. Ein måte å få på plass rutine på er å ha eit system for å ajourføre oversikta over dei. Dessutan må ein krevje at leiarane går igjennom over-

sikta munnleg på avdelingsmøte. Ein forløpar til ein slik måte å få på plass rutinar på er å ta dei opp jamleg på leiarsamlingar. Der vurderer og evaluerer ein også oppgåvene og ansvarspersonar.

### **Å sørgje for at rutinane blir følgde**

Det kan sjå ut til at det er eit suksesskriterium å ha ein person sentralt i verksemda som følgjer med på og minner om kva som skal gå føre seg av dialogmøte. Personen tek hand om det som skal lagast av oppfølgingsplanar og liknande i den einskilde fråværsaka. Normalt er det få som er langtidssjukemelde. Dei står for det meste av fråværet. Difor har leiarar i mindre einingar ofte ikkje erfaring med å handtere meir komplekse saker. Da er det viktig at det sit folk sentralt som kan dette. Dei må aksjonere med ein gong rutinen ikkje blir følgd. Men dei må ikkje ta over for leiinga. Det er vesentleg at leiarane har ansvaret for oppfølginga. Oppfølgingsarbeidet bør ikkje delegerast.

### **Samarbeids- og samhandlingstiltak**

Det er ofte nødvendig å samarbeide for å lykkast i sjukefråværsarbeidet. Det er svært viktig å avklare kva for samarbeidsforum ein skal utvikle, kven som skal delta, og kva samarbeidet om sjukefråvær skal omfatte. Samarbeidet bør organiserast slik at det skjer planlagt og regelbunde, ikkje tilfeldig. Det er altså behov for rutinar for samarbeidet. Det skal ha faste arenaer og faste møtetidspunkt. Somme verksemder har eit sjukefråværsutval som har møte ein gong per veke. Der diskuterer ein alt som gjeld sjukefråværet i verksemda, på både individ-, gruppe- og systemnivå. Andre har eit liknande forum der dei handsamar saker i ein sein fase av sjukefråværsprosessen. Mange verksemder nyttar også arbeidsmiljøutvalet til å ta opp problemstillingar rundt sjukefråværet, på system- og gruppenivå.

### **Kulturbyggingstiltak**

Det ser ut til at noko av det som varierer mest mellom ulike verksemder, er kor godt ein har klart å etablere ein nærværskultur. Kva er det så ein slik kultur dreier seg om? Det kan sjå ut til at nærværskulturen handlar om to ting; haldningar til inkludering og synet på tilrettelegging. Da kan vi kanskje seie at det er ein inkluderingskultur og ein tilretteleggingskultur vi her snakkar om. Ein kultur kan vi forstå som «den måten vi tenkjer på her hos oss». Det er nettopp gjennom kulturen ein kan få alle gode krefter til å jobbe saman. Leiaren har ei heilt spesiell rolle som kulturberar. Ein leiar som står for ein kultur der ein tenkjer at det meste kan leggjast til rette, kan vere med på å spreie denne haldninga også kollegaer imellom.

### **Reinholdsforum, eit samhandlingstiltak**

Tidlegare var alle reinholdarane i Kristiansund kommune tilsette på den enskilde arbeidsplassen, men no er dei samla i éi eining. Framleis har dei arbeidsplassen sin «ute», men reinholdsleiaren har arbeidd medvite med å få inn ei kjensle av fellesskap i denne yrkesgruppa. Difor har dei starta tiltaket Reinholdsforum. I dette forumet samlar reinholdarane seg tre til fire gonger i året for å ta opp ulike tema, men også for å møtast meir uformelt. Møta blir nytta til å avdekkje risiko- og forbetningsområde og lage HMS-plan. Dei kan òg ta opp andre fagtema som vidareutdanning, opplæring og kvalitetsstandard.

Innstillinga frå Sandman-utvalet om eit inkluderande arbeidsliv og IA-avtalane har gjort mykje for verdibaserte haldningar om eit inkluderande arbeidsliv. Med dette er ein inkluderingskultur på nasjonalt nivå nedskreven. Fleire verksemder har innført ein slik kultur i heile organisasjonen. Når har ein å gjere med ein inkluderingskultur?

- Når det skal vere råd å jobbe trass i helseplager og sjukdom.
- Når det er ressursane, og ikkje hindringane eller hemmingane den enskilde ber med seg som er det viktigaste.
- Når det er funksjonsevna og ikkje sjukdommen som skal stå i sentrum.

Eit enkelt eksempel på ein ikkje-inkluderande kultur kan vere når ein tilsett har brekt handa. Leiaren hans tenkjer at den tilsette jo ikkje kan jobbe i den situasjonen. I ein inkluderande kultur tenkjer leiaren at den andre armen jo fungerer heilt fint. Det gjer også resten av mannen. Han kan jo brukast til mykje, sjølv om armen er gipsa. Framleis er det svært mange leiarar som ikkje kjenner denne måten å tenkje rundt sjukefråvær på. Dei gjev uttrykk for at «eg kan jo ikkje gjere han frisk». Eller: «Det er ikkje noko eg kan gjere» og «det er berre friske som kan jobbe».

I ein tilretteleggingskultur dominerer ein fleksibel tenkjemåte med vekt på løysingar. Ein vurderer alle moglege alternative måtar å organisere personar, oppgåver. Like eins det fysiske og sosiale arbeidsmiljøet. Dette skal skje før ein godtek sjukefråværet som den siste og einaste utvegen. Bruker vi eksempelet ovanfor med den tilsette med ei brekt hand, kan det handle om tilretteleggingstiltak som andre arbeidsoppgåver, andre arbeidsstillingar, eit tilrettelagt bord, støtte frå kollegaer, jobb heimafrå og liknande. Ein leiar

### **Ildsjeler – et kulturbyggingstiltak**

Å spre en kultur kan være krevende, og det er ofte nødvendig med ildsjeler i et slikt arbeid. De må både være kompetente innenfor sykefråværsarbeid og brenne for saken, derav navnet ildsjel. Flere virksomheter bruker ildsjeler som et sentralt tiltak i kulturbygging og forankring. I store virksomheter kan ildsjeler hente støtte hos andre ildsjeler ved å etablere et ildsjelnettverk som møtes til såkalte ildsjelseminarer.

som forfektar ein tilretteleggingskultur, handlar annleis i ei sjukefråværs sak enn ein leiar som ikkje ser på og ikkje forstår sjukefråværs saker på denne måten.

### **Forankringstiltak**

I ein studie i kommunal sektor opplevde folk det som ein sentral føresetnad for å lykkast at arbeidet med sjukefråvær var forankra i heile organisasjonen (Aas og Skaugen 2007b). Det er ein viktig føresetnad for å kunne forankre arbeidet i alle ledd i organisasjonen at alle veit kva problemet er. Vidare at dei veit kva for mål som er definerte. Alle må vite kvar ein er i prosessen med å nå måla. Først når problemet er kjent og forstått, er det mogleg å få fram ei erkjenning og eit motiv hos dei som skal engasjerast. Det kan i neste omgang føre til god medverknad. For å gjere det enklare å forankre arbeidet, kan ein konsentrere seg om tiltak som forenkler sjukefråværsarbeidet. Spesielt gjeld dette overfor travle leiarar. Leiarar bør oppfatte tiltak som nyttige og ikkje altfor tidkrevjande i ein hektisk kvardag.

Det trengst både ein «ovanfrå og ned»-strategi og ein «nedanfrå og opp»-strategi i ulike fasar av forankringsarbeidet. Ein ting er viktig for det som skjer nedover i organisasjonen. Det er at toppen, representert ved leiinga, er med på å setje mål og gjere ressursar tilgjengelege. På same måten står det heilt sentralt at erfaringane og synspunkta til dei tilsette og representantane deira (tillitsvalde og verneombod) når det gjeld kvar skoen trykkjer, når opp til dei som styrer. Å nytte kompetente rådgjevarar frå Nav Arbeidslivssenter, folk frå bedriftshelsetenesta og rehabiliteringspersonell i forankringsarbeidet kan vere formålstenleg. Slike personar kan peike på tungtvegande grunnar til at det er nødvendig å arbeide med sjukefråværet, og forklare kva for følgjer sjukefråværet har for verksemda, og kva som skal til for å betre situasjonen. Det kan òg vere formålstenleg å nytte eldsjeler i forankringsarbeidet.



## Informasjons- og opplæringstiltak

Informasjons- og opplæringstiltaka er kanskje blant dei aller viktigaste tiltaka. Det er ikkje likegyldig kven som står for opplæringa, kva innhaldet er, og kven det er som får opplæring.

Kven bør gje informasjon og opplæring? Det viktigaste er kva for kompetanse den som gjev informasjon og opplæring, har. Det er viktigare enn kva rolle vedkomande har. Difor kan det vere aktuelt å trekkje inn fleire typar kompetente personar i opplæringsarbeidet. Desse personane kan vere hel-sepersonell, personalkonsulentar, einingsleiarar, verneombod og tillitsvalde.

Somme verksemder lagar ein informasjonsstrategi eller informasjonsplan for det området som arbeidet med sjukefråvær utgjer. I ein slik strategi eller plan kan det også liggje ein rådgjevings- og rettleiingsplan. Skal ein få den forventa effekten av informasjons- og opplæringsarbeidet, må budskapen oppdaterast, justerast og takast opp att med jamne mellomrom. Ein kan aldri setje seg ned og tenkje at no er jobben gjord.

Kva bør så informasjonen og opplæringa handle om? Informasjon og opplæring kan ha ulikt innhald alt etter målgruppa og formålet med tiltaket. I tabell 10 er det gjeve eksempel på opplærings- og informasjonstiltak.

**Tabell 10** Eksempel på ulike typar opplærings- og informasjonstiltak. Opplæringstiltaka er henta frå ein analyse gjord i tolv kommunar (Aas og Skaugen 2007a).

	Tiltakstype	Eksempel
1	Kurs	<ul style="list-style-type: none"><li>• HMS-kurs på 40 timar for verneombod og leiarar</li><li>• Kurs om truslar, aggresjon og vold</li><li>• Kurs i ergonomi for tilsette som sit på kontor</li><li>• Kurs i forflyttingsteknikk og i forflyttingsrettleiing</li><li>• Kurs i grensesetjing og stressmestring</li><li>• Kurs i LØFT – løysingsorientert organisasjonsutvikling, leiingsutvikling og konfliktløysing</li><li>• Opplæring av ryggombod</li><li>• Kurs i medarbeidarskap</li><li>• Kurs om kunnskapen, rolleforståinga og korleis vernetenesta skal medverke</li></ul>

2	Bevisstgjerjing og haldningsskapande arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å gjere leiarar, tillitsvalde og tilsette medvitne om kva som ligg til grunn for sjukefråværet</li> <li>• Å drive haldningsarbeid og bevisstgjerjing av tilsette</li> <li>• Å informere om forventningane, til alle medarbeidarar</li> <li>• Å fortelje dei gode historiene, og vere stolte over arbeidsplassen</li> <li>• Å informere med vekt på haldningar, inkluderande bedriftskultur og nærvær</li> <li>• Å skape felles forståing for tiltak som skal nyttast</li> <li>• Å lage ein informasjonsfaldar om inkluderande arbeidsliv og om oppfølging av sjukefråvær med vekt på det ansvaret kvar og ein har</li> <li>• Å rettleie einskildpersonar som ønskjer forbetringar i arbeidsmiljøet sitt</li> </ul>
3	Fagdagar og temasamlingar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagdagar for alle tilsette med informasjon om inkluderande arbeidsliv</li> <li>• Informasjonsmøte med langtidssjukemelde om trygdeordningar og regelverk</li> <li>• Informasjon til alle tilsette om dei rettane og dei pliktene arbeidsgjevaren og arbeidstakaren har i samband med sjukefråvær</li> <li>• Seniorseminar, der ein informerer tilsette og motiverer dei til å stå i arbeid lenger enn til fylte 62 år</li> <li>• Opplæring i konfliktretteiing</li> </ul>
4	Endringsprosessar	Informasjon og medverknad ved endringar
5	Leiaropplæring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Å tryggje arbeidstakarar mot uheldige psykiske belastningar som følgje av leiaråtferd</li> <li>• Å gjø leiaropplæring og tilby leiarutvikling</li> <li>• Å gjø leiarretteiing for at leieren sjølv skal finne fram til løysingar og strategiar for god leiing</li> <li>• Å gjø opplæring i «den vanskelege samtalen»</li> <li>• Å gjø opplæring og drive oppfølging av leiarar og tillitsvalde på alle nivå</li> <li>• Å formidle seniorkunnskap til leiarar og tillitsvalde</li> </ul>

## Evalueringstiltak

Evalueringstiltaka står sentralt dersom ein skal kunne korrigere retninga på sjukefråværsarbeidet.

I evalueringsarbeidet kan ein ta alle former for kunnskap i bruk. Døme er data frå lønns- og personalprogrammet i verksemda. Det kan vere saks-mapper for langtidssjukemelde, tilsetteundersøkingar og sentral sjuke-fråværsstatistikk. Alt dette er døme på aktuelle datakjelder. På somme arbeidsplassar har ein ikkje så mykje data om si eiga verksemd. Då kan det vere nødvendig å forbetre kunnskapsgrunnet før ein evaluerer noko. Det kan også vere vel verdt å jobbe med korleis ein best kan analysere eit slikt materiale. Ein tryggjar analysearbeidet når ein stiller spørsmål eller fremjar hypotesar om situasjonen i verksemda. Deretter kan ein sørje for å få utført analysar som svarer på spørsmåla. Mange spørsmål kan vere gjenstand for ei evaluering:

- Er sjukefråværet endra sidan i fjor? I kva for avdelingar er det endra? Kva for faktorar kan forklare endringane?
- Er oppfølgingsplanane skrivne i samsvar med lovkrava?
- Er tiltaka i oppfølgingsplanane følgde opp?
- Er dialogmøta haldne i samsvar med lovkrava?
- Er alle tiltak overfor sjukemelde dokumenterte?
- Er det gjennomført opplæring av leiarar og tilsette i alle avdelingane, slik det var planlagt?
- Er dialogen med Nav forbetra, slik det var planlagt?
- Kva har sjukefråværet kosta verksemda det siste året? Har det vore ein auke eller ein reduksjon samanlikna med tidlegare år?

Dersom ein kjenner dei praktiske og økonomiske følgjene av fråværet, veit ein kva for justeringar som kan gjerast. Ein kan vite litt om kva for nye tiltak som må setjast i verk. Om leiarar til dømes ikkje er medvitne om kva sjukefråværet eigentleg kostar, kan det passivisere dei. Og om personalavdelinga har slått seg til ro med at det er formulert ein rutine for sjukefråværsoppfølging, utan å vite om rutinen er i bruk i avdelingane, må ein undersøkje det grundig.

Det kan også vere vel verdt å jobbe med korleis eit slikt materiale kan presenterast på den beste måten. Oppfølgings- og evalueringsmøte med leiarar, bedriftshelseteneste og tillitsvalde kan gjennomførast så ein får

diskutert evalueringa og kva for følgjer ho bør få. Somme verksemder nyttar fargekoding når dei skal klassifisere risikoen på dei ulike områda som er med i evalueringa. Grønt står da for ingen risiko. Raudt står for høg risiko.

Ein del verksemder innfører også eit system med bonus eller premiering for resultat som er oppnådde i arbeidet med sjukefråvær. Somme har til og med innført bonus til leiarar og avdelingar med lågt sjukefråvær. Det kan vere grunn til å tenkje seg godt om før ein tek i bruk slike system. Grunnen er at dei kan leggje eit ekstra press på den som er sjuk. Han eller ho kan kome til å kjenne seg skyldig i at avdelinga eller leiaren ikkje får bonusar. Desse systema kan òg føre til at ein ikkje rekrutterer menneske med kroniske helseplager eller funksjonshemma. Dei kan stimulere sjukenærvær (at ein går på jobben sjølv om ein er sjuk). Ein intern tilbakeføringspris, inkluderingspris eller førebyggingspris kan kanskje vere eit betre tiltak. På den måten kan ein stimulere til både redusert sjukefråvær og auka inkludering.

## **TILTAKSTYPE 2: PERSONTILTAK**

I samband med sjukefråvær må ein ta utgangspunkt i at det er einskildmenneske som er sjukemelde. Skal ein få eit rett bilete, må ein sjå heile situasjonen til den tilsette. Ein må kjenne aktivitetsmønsteret på jobb, heime og i fritida. Ofte er det også nødvendig å gå til helsetenesta og Nav for å få eit heilskapleg bilete. Mange leiarar gjev uttrykk for at dei kjenner seg aleine i komplekse saker, og det kan vere ein styrke for både leiaren og den sjukemelde å ha kompetente og stabile rådgjevarar. Å kople inn helsepersonell kan vere viktig i mange tilfelle. Det kan vere lettare for den sjukemelde å ha å gjere med ein person som han eller ho ikkje skal ha ein relasjon til vidare, og som har teieplikt etter helsepersonellova. Denne relasjonen må ikkje erstatte relasjonen mellom leiaren og den sjukemelde.

Persontiltak femner om ei rekkje tiltak som ein set inn overfor personar i verksemda. Tiltaka kan ha alle dei tilsette, grupper av tilsette og einskilde tilsette som målgruppe. Tabell 11 viser kva for persontiltak som skal omtalast i dette kapitlet. Tabellen gjev ikkje ei uttømmende oversikt over aktuelle tiltak. Tabellen viser likevel tiltak som blir nytta mykje overfor sjukemelde med dei mest typiske problemstillingane. Det er skilt mellom førebyggjings tiltak og rehabiliteringstiltak.

**Tabell 11** Oversikt over persontiltak.

Tiltaksgrupper	Aktuelle tiltak
<p><b>Persontiltak</b> blir sette inn overfor personar i verksemda, med det formålet å førebyggje sjukefråvær eller føre tilsette tilbake etter sjukefråvær.</p>	<p><b>Førebyggingstiltak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trivselstiltak</li> <li>• Fysisk aktivitet og trening</li> <li>• Førebygging av sjukefråvær hos utsette grupper</li> <li>• Førebyggjande ergonomisk rådgjeving</li> </ul> <p><b>Rehabiliteringstiltak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funksjonsvurdering</li> <li>• Sjukefråværsoppfølging</li> <li>• Tilrettelegging</li> <li>• Omplassering</li> <li>• Tverrfagleg rehabilitering</li> <li>• Endring av aktivitetsmønster</li> <li>• Treningsterapi og gradert aktivitet</li> <li>• Arbeid med bistand</li> <li>• Kognitiv åtferdsterapi</li> <li>• Råd om tidlegare tilbakeføring til arbeid</li> </ul>

### Førebyggingstiltak

Det lèt seg gjere å førebyggje det arbeidsrelaterte sjukefråværet ved å setje inn tiltak på arbeidsplassen slik at det ikkje utviklar seg helseplager, men vi veit ikkje sikkert kor mykje ein kan oppnå på denne måten. Vi konsentrerer oss da ofte om å fjerne faktorar som inneber risiko for helseplager. Vi kan også drive med primærførebygging av sjukefråvær. Da er det viktigaste å fjerne faktorar som inneber risiko for fråvær. Tiltak for å redusere risikofaktorar omtaler vi ofte som primærførebygging. Eit stykke på veg kan ein korte ned den tida både helseplagene og sjukefråværet varer, sjølv om helseplagene ikkje blir fjerna heilt. Når vi jobbar med førebyggingstiltak der det alt har utvikla seg plager eller fråvær, talar vi om sekundærførebyggingstiltak eller tertiærførebyggingstiltak.

Eksempla i boka Tiltak mot sykefravær av Aslaug Mikkelsen (2002) spanner over eit breitt register av tiltak. Tiltaka går frå slike som er spesifikt personretta til slike som er meir systemretta. Her blir det skissert ti tiltak for å få ned sjukefråværet: ny livsstil, fysisk aktivitet, kognitiv psykisk trening, stressmeistring, utvida eigenmelding, kollegarettleing, medarbeidersamtalar, helse- og utviklingsamtalar på avdelingsmøte og i fokusgrupper, leiarutvik-



ling og dialogkonferansar. Det kan vere heilt avgjerande for å lykkast med slike tiltak å tenkje førebygging på både individ-, gruppe- og systemnivå, gjerne parallelt.

### **Trivselstiltak**

Det er ofte tenkt at det finst ein klar samanheng mellom trivsel, å vere tilfreds på jobben og arbeidsglede på den eine sida, og helse og sjukefråvær på den andre sida. Det er uvisst om trivselstiltak kan verke direkte inn på sjukefråværsprosenten. For mange langtidssjukemelde er det i alle tilfelle ikkje sosiale trivselstiltak som fører dei tilbake på jobb. Problema er gjerne for store til at dei kan løysast med «fest og moro». Mange opplever likevel at sosiale jobbtrivselstiltak verkar positivt på arbeidsglede. Alle tiltak som har som formål å gjere folk tilfreds med jobben og skape arbeidsglede, kan vere viktige. Dei er med på å førebyggje sjukefråvær som har samband med konfliktnivå og samarbeidsklima på jobben.

### **Fysisk aktivitet og trening**

Fysisk aktivitet og trening er mykje nytta for å førebyggje sjukefråvær. Alternativet til å tilby trening i eigne lokale er å gjere avtalar med trenings-

studio om ei rimeleg innmeldings- og månadsavgift. Mange verksemder melder om gode resultat av slike tiltak. Andre meiner at det først og fremst er dei som alt er fysisk aktive og trener frå før som gjer bruk av tilbodet over tid. I ein del verksemder er det lov for alle tilsette å trene i arbeidstida. Andre verksemder tillét trening i arbeidstida berre for tilsette med konkrete problem og særlege behov for trening og fysisk aktivitet.

Det finst fleire pausegymnastikkprogram som er sjølvinstruerande, både på cd og som pc-program. Ein del verksemder lærer opp instruktørar på kvar arbeidsplass, og dei tek initiativet til pausetrin.

Styrketrening har i ein dansk studie vist god effekt for tilsette med pc-intensivt arbeid og nakkesmerter (Andersen mfl. 2008). Gjennom slik trening får ein aktivert muskelfibrar som ikkje blir aktiverte ved lett muskelarbeid, som jo pc-arbeid er.

### **Pausetrin – eit tiltak på arbeidsplassen**

Mange verksemder har pausetrin i ti minutt to–fire gonger i veka for grupper med spesielle behov for førebyggjande trening. Det gjeld spesielt tilsette med pc-intensivt arbeid i meir enn fire timar per dag, tilsette med ein-sidig eller tungt fysisk arbeid ved samleband eller tilsette med mange løft. For somme er det viktig at slike pauseaktivitetar omfattar styrketrening (til dømes for dei med pc-intensivt arbeid), medan det for dei fleste er viktig med rørsletrening som bidreg til tøyning, og som fremjar sirkulasjonen.

### **Førebygging av sjukefråvær hos utsette grupper**

Det kan vere behov for å setje i verk førebyggjande tiltak overfor sjukefråværsutsette grupper. Eit eksempel kan vere gravide arbeidstakarar. Mandal kommune laga ein brosjyre til dei gravide blant dei tilsette i kommunen. I brosjyren står informasjon om tilrettelegging i sentrum. Kommunen gjev uttrykk for at ein ikkje ser på graviditet som ein sjukdom. Snarare ser ein på graviditeten som eit sunnheitssteikn. Ein vil gjerne vurdere løysingar som gjer at dei tilsette skal kunne jobbe så lenge som råd i svangerskapet – så sant det ikkje kjem heilt spesielle helseproblem. Kommunen informerer også om kva for prosedyre ein har for å følgje opp gravide. Etter denne prosedyren skal leiaren til den tilsette som er gravid, ha minst éin samtale med henne i månaden, gjerne fleire. Tanken er å vurdere om det er behov for tilrettelegging. I brosjyren har ein lista opp tema som leiaren kjem til å ta opp under desse samtalanene. Det er også med ei liste med spørsmål som ein ber den tilsette tenkje igjennom før samtalanene, til dømes: Kva er det som er

spesielt belastande i jobben min no som eg er gravid? Har eg tunge løft? Er eg i kontakt med kjemikalium? Er eg utsett for mykje støy i jobben? Har eg eit stort arbeidspress som gjer at eg har ein stressa arbeidssituasjon? I det siste har leiarar og gravide vore særleg opptekne av å auke bruken av svangerskapspengar når dette er den rette ytinga. Kommunen har kjøpt fri ei jordmor som tek del i samtalane, og dette har vore spesielt vellykka.

## **Fråvær blant unge arbeidstakarar**

Ei anna utsett gruppe er lærlingar. I Mandal hadde lærlingane i utgangspunktet dobbelt så høgt fråvær som dei andre tilsette i kommunen. Tillitsprosjektet har arrangert sosialt samvær. Det var for å få innspel om korleis kommunen best kan ta vare på lærlingane og andre unge arbeidstakarar. Etter dette er det sett i verk fleire tiltak. Sjukefråværet er redusert mykje. Dette er eit underprosjekt til Tillitsprosjektet. Dei blir gjennomførte i samarbeid med Nav. Tiltaket kan ha stor overføringsverdi for andre bedrifter med lærlingar.

## **“Sjuke arbeidsplassar”**

Arbeidsstader i kommunen der det er høgt fråvær i meir enn tre månader, må lage ein eigen handlingsplan, som leiargruppa til rådmannen følgjer opp. Kommunen har sett seg som mål å få det samla sjukefråværet under 6 prosent. Men det er sett opp differensierte mål for dei ulike einingane. Til dømes skal kontorarbeidsplassane ha eit fråvær på under 4 prosent for at arbeidsplassen skal vere “frisk”, medan tilsette på sjukeheimane ikkje kan ha eit fråvær på over 8 prosent om sjukeheimen skal vere ein “frisk” arbeidsplass. Dersom fråværet er “rødt”, må leiaren kalle inn den tillitsvalde og verneombodet slik at dei saman lagar ein handlingsplan som kan minske fråværet.

Ei anna gruppe av tilsette som lett får sjukefråvær, er reinhaldarar. Nøtterøy kommune har omorganisert reinhaldsavdelinga si slik at ho er delt inn i tre soner med kvar sin leiar. Reinhaldet blir utført berre på dagtid og ikkje om ettermiddagen eller kvelden som tidlegare. Kommunen har gjort endringar i bruken av vikarar. No leier ein inn vikar tidlegare enn før. Det er også oppretta eit ressursteam med to personar som blir nytta til vikarjobbing om morgonen for å dekkje opp akutte sjukefråvær. Dei hjelper også reinhaldarane med tyngre arbeidsoppgåver. Dette er spesielt viktig for dei som elles jobbar mykje aleine.

Verksemda har arrangert kurs i medarbeidarskap. Det har vore lagt vekt på at dei tilsette skal bli betre kjende med kvarandre. Dei tilsette seier at dei



er styrkte som gruppe. Det er òg innført trim i arbeidstida. Dei tilsette har fått hjelp av ein fysioterapeut til å kome i gang. No heng det plakatar rundt omkring som viser øvingane og minner folk på å ta seg tid til ei økt kvar dag. Dette krev ei stadig påminning for at reinhaldarane skal leggje det inn som ei fast oppgåve i den travle kvardagen dei har.

Sjukefråværet har stabilisert seg. Med dei tiltaka som er nemnde, er fråværet ikkje lenger så nært knytt til muskel- og skjelettplager som før. Kommunen er ei IA-bedrift. Her har det heile tida vore ein tett dialog med den einskilde. Ved sjukefråvær er kommunen tidleg ute med ein individuell oppfølgingsplan der den sjukemelde har IA-samtalar kvar månad i sjukeperioden. Tilrettelegging har gjort dei tilsette trygge på at det blir teke omsyn til dei, og at dei er verdsette.

### **Førebyggande ergonomisk rådgjeving**

Eit tiltak som er mykje brukt både i Noreg og utlandet, er arbeidsplassvurdering følgd av ergonomisk rådgjeving. Ergonomen legg vekt heilskap: på korleis det fysiske og det sosiale, haldningar og det organisatoriske miljøet kan tilpassast til den tilsette slik at ikkje han eller ho ikkje får helseplager. Mange tenkjer at ergonomi berre dreier seg om fysisk tilrettelegging. Dei ser for seg justering av til dømes bordvinklar, stolhøgder og løfteutstyr. Men i ergonomisk tilrettelegging bør ein sjå dei fysiske, psykososiale og organisatoriske forholda i samanheng. Det er nødvendig sjølv ved reint fysisk tilrettelegging. Viktigare enn korrekte arbeidsstillingar er variasjon i arbeidsstillingane. Ingen stillingar kan haldast lenge. Det trengst variasjon.

Ergonomisk tilrettelegging dreier seg også om den kunnskapen og innsikta den tilsette har når det gjeld korleis ein sjølv kan førebyggje helseplager. Difor inneheld denne typen tiltak ofte ein opplæringsdel.

### **Rehabiliteringstiltak**

Rehabilitering dreier seg her om prosessen der den einskilde kjem tilbake i arbeid. Cirka 60 prosent av langtidssjukefråværet botnar i forhold utanfor arbeidsplassen (Labriola 2007). Likevel skal vi følgje opp dette fråværet også på arbeidsplassen. Den som skal rehabiliterast og kome tilbake til jobb kan ha komplekse problem. Då trengst det ofte differensierte, breie program. Eit eksempel kan vere når muskel- og skjelettplager heng tett saman med korleis ein taklar desse plagene, eller med andre psykososiale forhold. Da er det ikkje nok å setje inn tiltaka i programmet berre mot dei fysiske plagene. Ein må òg ta omsyn til den situasjonen personen er i, psykisk sett. Sjølv om fråværet ikkje er arbeidsrelatert, kan det løysast på arbeidsplassen. Eitt

utgangspunkt er å tenkje at det er råd å jobbe også om ein har helseplager.

### **Sentrale faktorar som styrer vala av tiltak i tilbakeføringa**

1. skreddarsaum i den einskilde saka
2. kor motivert den tilsette er for tilbakeføring
3. forsterking av ressursane til den tilsette
4. forskingsresultat som viser kva for tiltak som har effekt
5. kven som skal setje i verk tiltaket, og kvar det skal setjast i verk

Persontiltaka bør først og fremst byggje på ein skreddarsaum som tek omsyn til dei unike behova til den einskilde. Dessutan står motivasjon heilt sentralt i rehabiliteringsprosessen. Om motivasjonen til å gå tilbake til jobben ikkje er til stades i utgangspunktet, kan han kanskje opparbeidast ved at ein klargjer kva det er som er årsak til den manglande motivasjonen for tilbakeføring? Det er òg vesentleg å identifisere dei ressursane den sjukemelde har, og å ta dei i bruk i tilbakeføringsprosessen. Når den tilsette har vanskeleg for å gjere arbeidet sitt, har omgjevnadene lett for å rette søkelyset einsidig mot dei problema som skaper denne situasjonen. Men det er viktig også for løysingsprosessen å forsterke dei ressursane personen har trass i helseplagene. Det er også nyttig å kjenne til forskingsresultat som viser kva for tiltak som har effekt på gruppenivå, når ein skal velje tiltak i prosessen med tilbakeføring. Likevel er det ikkje alltid at tiltaka passar i den

### **Sentrale trinn i tilbakeføringa**

1. behovsavklaring
2. funksjonsvurdering
3. definering av mål
4. iverksetjing av tiltak
5. evaluering av måloppnåinga

einskilde tilbakeføringssaka. Heilskapen i den konkrete saka bør vurderast først. På same vis står det sentralt å vurdere kva for kompetanse ein har til disposisjon, og kvar tiltaket skal setjast i verk, før ein vel tiltak.

Ofte organiserer ein prosessar gjennom ulike trinn. Her omtaler vi ein enkel modell for ei trinnvis tilbakeføring. I det verkelege livet er dette meir komplisert. Ein passerer ofte ikkje trinna i kronologisk rekkefølge. Likevel kan

modellen vere eit utgangspunkt for å sørgje for at ulike fasar er inkluderte i prosessen.

Ei rehabilitering går gjennom fleire fasar. Difor kan vi tale om «prosessen for persontiltak». Denne prosessen tek til med behovsavklaring og funksjonsvurdering, før ein definerer måla for tilbakeføringsprosessen. Deretter set ein i verk tiltaka. Dei blir så evaluerte undervegs og til slutt. Funksjonsvurdering er eit sentralt hjelpemiddel i all rehabilitering. Viktigare enn kva for reiskapar ein nyttar til funksjonsvurderinga, er kartleggingskompetansen til den som gjer vurderinga. Funksjonsvurdering er ikkje noko problemløysingstiltak i seg sjølv, men blir nytta til å definere kva for tiltak ein bør setje i verk. På den måten er funksjonsvurderinga berre eit middel og ikkje eit mål. Difor bør det kanskje vere ein viss samanheng mellom kor omfattande funksjonsvurderinga er, og dei tiltaka ein har til rådvelde. Å peike ut problem som ikkje kan løysast, kan skape frustrasjon hos den tilsette.

Persontiltaka må evaluerast med aktiv deltaking av den eller dei som tiltaka blir sette i verk overfor. Difor bør evalueringane gå føre seg kontinuerleg, slik at tiltaka kan tilpassast til situasjonen til den einskilde. Aktuelle arenaer for slike evalueringar kan vere medarbeidarsamtalar, dialogmøte og konsultasjonar med helsepersonell. Ein bør òg evaluere om den tilsette er nøgd med oppfølginga frå den nærmaste leiaren.

### **Oppfølging av sjukefråvær**

Oppfølging av sjukefråvær er eit nytt praksisfelt for mange norske leiarar. Tidlegare var sjukefråvær ei privatsak. Det var noko som berre blei diskutert mellom den sjukemelde og legen. Vi har no fått ei «avprivatisering» av sjukefråværet. Det er altså ikkje lenger ei privatsak å vere sjukemeld. Leiaren og den sjukemelde er blitt hovudaktørar i sjukefråværsarbeidet. Sjukdommen er framleis ei privatsak, men løysingar som kan minske fråværet er ei sak for desse to og hjelparane deira.

Sjukemelde har behov for å bli følgde opp anten sjukefråværet er heilt, delvis eller ikkje arbeidsrelatert. Denne oppgåva er ofte utfordrande, fordi det er behov for skreddarsaum, krav om fleksibilitet, krav om grensdraging mellom det private eller personlege og det jobberelaterte og behov for å ta omsyn til dei andre tilsette.

## EKSEMPEL PÅ EIT OPPFØLGINGSSYSTEM

I Fredrikstad kommune har dei utvikla noko dei kallar BIA-dokumentasjon (BIA står for «bedriftsinternt attføringsutval»). Det er eit oppfølgingsssystem for leiarar til bruk i oppfølginga av arbeidstakarar som blir heilt eller delvis sjukemelde. Det skal vere med på å tryggje ei føreseieleg, trygg og likeverdig behandling uavhengig av kor langt fråværet er. Her finst prosedyren for systematisk oppfølging, alle standardbrev ein nyttar og tips og råd for den gode dialogen. Alt som blir nytta i dette oppfølgingssystemet, ligg på intranettsidene til verksemda og er lett tilgjengeleg for alle i organisasjonen. BIA-modellen omfattar også ein møtестruktur på tre nivå:

- BIA-utvalet i verksemda er samansett av arbeidstakaren, den nærmaste leiaren eller verksemdsleiaren, ein personalkonsulent og eventuelt ein tillitsvald. Oppgåva til dette utvalet er å behandle dei individuelle oppfølgingsplanane, hjelpe til i oppfølginga med å tilbakeføre arbeidstakarar, gjennomgå ei eiga BIA-liste og ha kontakt med Nav Arbeidslivssenter. BIA-utvalet blir supplert med HMS-rådgjevaren eller bedriftshelsetenesta og sjukemeldaren på dialogmøte 1, og utvalet er spesielt viktig når leiaren og den sjukemelde står fast og treng fleire som kan tenkje ut smarte tiltak saman med den som har helseproblemet.
- SAU-utvala (SAU står for «samarbeids- og arbeidsmiljøutval») i seksjonane skal behandle oppfølginga av sjukefråværet som eit fast punkt, og medlemmene skal få orientering om gjennomføringa av BIA-prosedyren i sin eigen seksjon på møta.
- ATF-utvalet (ATF står for «sentralt attføringsutval») jobbar med BIA-saker av prinsipiell art og behandlar søknader om midlar til å gjennomføre tiltak overfor sjukemelde eller folk som står i fare for å bli sjukemelde (til dømes midlar til tiltak som hospitering, avlastning i arbeidskvardagen, helsefremjing og opplæring). Det kan søkjast om midlar både på individnivå og på gruppenivå. Ein har utvikla eit flytskjema som viser den trinnvise prosessen den sjukemelde skal igjennom. Det er òg laga ein tabell som viser ni trinn i BIA-oppfølginga. Tabellen er elektronisk og knyter ulike sjekklister, skjema og malar til kvart trinn.

Den leiarretta BIA-prosedyren omfattar desse trinna:

1. Leiaren tek kontakt med arbeidstakaren den første dagen eller før den første veka er omme, og undersøker om han eller ho kan arbeide. Leiaren skal vurdere tilrettelegging på arbeidsplassen og om det kan nyttast

gradert sjukemelding.

2. Leiaren kallar inn den sjukemelde arbeidstakaren til samtale innan tre veker. Leiaren set opp ein individuell oppfølgingsplan (IOP) i dialog med arbeidstakaren. I planen skal ein beskrive behovet for tilrettelegging for å kome raskt tilbake i arbeid. Arbeidstakarar med IOP blir registrerte i ei såkalla BIA-liste. Det blir lagt til rette for at tiltak som går fram av planen, blir gjennomførte og evaluerte. Saman med arbeidstakaren vurderer leiaren om det er behov for bistand frå andre. Leiaren formidler IOP-en til sjukemeldaren seinast innan 4 veker.
3. Leiaren kallar inn til dialogmøte 1 innan sju veker når arbeidstakaren har vore heilt eller delvis borte frå arbeidet. Det er så sant eit slikt møte ikkje heilt klart er nødvendig. Det skal òg kallast inn ein HMS-rådgjevar frå bedriftshelsetenesta. Sjukemeldaren blir kalla inn dersom arbeidstakaren ikkje set seg imot det, eller dersom det elles tener formålet. Samtalen skal ta utgangspunkt i den gjeldande IOP-en. Den skal vere lagd ved innkallinga. Ein skal legge vekt på kva som er mogleg, og mestring.
4. Leiaren kallar inn arbeidstakaren til BIA-utvalet etter seks månader, eventuelt tidlegare når det er behov for bistand. Innhald på møtet: gå igjennom saka, sjå på kva nytt som er mogleg innafor arbeidet og gje informasjon om oppseiingsvernet ved sjukdom. Leiaren skal sende referat frå møtet til arbeidstakaren.
5. Etter ni månader skal lønnsavdelinga skrive til den sjukemelde arbeidstakaren og opplyse om maksimumsdatoen for retten til lønn under sjukdom for han eller henne.
6. Når det er gått elleve månader, kallar leiaren inn til møte i BIA-utvalet. Innhald på møtet: gå igjennom saka, sjå på nye arbeidsoppgåver eller tiltak, vurdere om det er mogleg å kome tilbake i stillinga i oversynleg framtid.
7. Ved tolv månader gjer leiaren ei saklegheitsvurdering med omsyn til oppseiingsvern ved sjukdom ut over tolv månader. Leiaren sender vurderinga til arbeidstakaren med frist for tilbakemelding.
8. Leiaren følgjer (etter tolv månader) opp arbeidstakaren dersom oppseiingsvernet er forlenget. Oppfølginga skal gjerast fortløpande.
9. Leiaren overfører saka med alle dokumenta til personalavdelinga for å få vurdert tilsetjingsforholdet dersom det ikkje er grunnlag for å forlenge oppseiingsvernet.

Det finst malar i BIA-systemet for dei trinna som er omtalte ovanfor – blant anna momentliste for samtalar med sjukemelde, individuell oppfølgings-

plan, innkallingar, brevmalar, referatmalar og ulike rettleiingar. Det finst også ei rekkje søknadsskjema for kommunikasjon med Nav, blant anna rapportskjema og ulike søknadsskjema. Det er òg laga ein eigen informasjonsbrosjyre til alle arbeidstakarar.

### **Tidleg oppfølging av sjukemelde på ein sjukeheim**

I Kristiansund kommune har einingsleiaren ved ein sjukeheim prioritert tett oppfølging av tilsette som er i ferd med å gå ut i sjukemelding for lengre tid, eller som alt har gjort det. Det inneber å vurdere tidleg om ein skal leggje oppgåver til rette eller endre arbeidstidene. Oppfølginga gjev også tidlegare avklaringar når det gjeld

1. om den sjukemelde kan kome tilbake fullt ut i si eiga stilling
2. former for varige tilretteleggingar
3. utprøving av alternativ stillingsstorleik
4. behov for overføring til ei anna avdeling eller ei anna eining på varig basis

Einingsleiaren fekk i starten opplæring og rettleiing frå personaltenesta i kommunen. Leiaren samarbeider tett med Nav og har no fått kompetanse og erfaring som rettleiar. Kommunen trur den tette oppfølginga av dei tilsette på sjukeheimen gjennom fleire år har vore ein viktig faktor i den positive utviklinga for sjukefråværet.

### **Tilretteleggingstiltak**

Tilretteleggingstiltaka spelar ei heilt spesiell rolle når tilsette med helseplager skal kunne jobbe trass i plagene sine. Slike tiltak skal kompensere for at ulike funksjonar er reduserte. I fagsamheng kallar ein dei for kompenserte tiltak. Dei kan vere retta inn mot å endre arbeidsoppgåvene. Eller det kan handle om det fysiske, sosiale eller haldningane i miljøet. Effekten av endringane skal vere tenleg for den tilsette, men må òg kunne fungere for andre aktørar rundt den tilsette. Nokre gonger kan det vere formålstenleg med heilt enkle tilretteleggingstiltak. Det kan dreie seg om å velje bort ein type arbeidsoppgåver, til dømes å løfte barn opp på stelletbordet i ein barnehage. Løysinga kan vere at andre tek løfta, med fare for at dei blir overbelasta. Eit alternativ er å setje inn eit hjelpemiddel som ein skammel. Den gjer at dei barna som kan gå, kan klatre opp på stelletbordet sjølv. Andre gonger kan behovet for tilrettelegging henge saman med arbeidstida og arbeidsstaden. Kor lenge klarer den tilsette å jobbe samanhengande? Kvar skal den tilsette jobbe? Og slik vidare. Dersom ein justerer arbeidstida til kortare økter med pausar imellom, til halve dagar, annankvar dag og lik-

nannde, kan kanskje arbeidet halde fram. Ved å jobbe heime kan den tilsette kanskje oppnå den same effekten.

## **Omplasseringstiltak**

Erfaringa viser at omplassering er eit tiltak som blir mykje nytta. Somme meiner kanskje at det blir for mykje nytta. Dei meiner at ikkje alle aktuelle tilretteleggingstiltak er vurderte før ein vel omplassering. På den andre sida kan ein også meine at i somme saker blir omplassering nytta for sjeldan eller for seint. For å få til effektiv omplassering treng ein alternative jobbar, men også eit system for korleis dei alternative jobbane skal formidlast. Mange verksemdar har organisert arbeidet rundt omplassering. Ein del av dei har eigne omplasseringsutval. Slike utval kan i store verksemdar møtast så ofte som kvar veke. Andre har etablert ein omplasseringspool. Det kunne kanskje vere ein idé å etablere slike mellom fleire verksemdar i det same geografiske området, sånn at fleire typar arbeid blei tilgjengelege. Somme verksemdar har utvikla eit eige tilbod i personalavdelinga med eit såkalla opplærings- og prøvekontor, slik at tilsette utan kontor erfaring kan prøve seg i den typen arbeid. Fleire har erfart at det kan vere nødvendig å la personar som er omplasserte, gå på toppen av full bemanning til å begynne med, slik at dei får prøvd seg fram. Elles blir det kanskje forventa at dei kan fungere fullt ut i ein ny type jobb frå dag éin. Det kan bli ein faktor som reduserer sjansen for at omplasseringstiltaket blir vellykka.

## **Arbeid med bistand**

I internasjonal samanheng finst det eit breitt spekter av ulike rehabiliteringsprogram. Dei er som oftast utvikla for spesielle målgrupper. Eit av dei mest kjente er arbeid med bistand (engelsk: «supported employment»). Arbeid med bistand går ut på å hjelpe personar med å få og å halde på eit arbeid i det ordinære arbeidslivet. Det gjeld særleg menneske med psykiske problem. Ei kunnskapsoppsummering blei publisert i 2004. Her kan ein lese om resultatata frå ni ulike studiar av tiltaket arbeid med bistand for personar med alvorlege psykiske problem. Studiane blei gjennomførte i perioden mellom 1994 og 2004. I alle studiane blei deltakarane fordelte tilfeldig på to grupper. Den eine gruppa fekk tiltaket arbeid med bistand. Den andre gruppa fekk andre, tradisjonelle tiltak. Resultatet av dei ni studiane varierte, men viste tydeleg betre resultat for dei deltakarane som fekk tiltaket arbeid med bistand. I gjennomsnitt oppnådde 56 prosent av deltakarane som fekk dette tiltaket tilsetjing, samanlikna med 19 prosent i kontrollgruppa (Bond 2004).

Tiltaket arbeid med bistand blei innført i Noreg gjennom A-etat for mange år sidan. I eit eksempel frå Idébanken – inkluderande arbeidsliv fortel ein

person som har fått prøve dette tiltaket om sine egne erfaringar med arbeid med bistand (sjå nedanfor):

### **Arbeid med bistand**

Ein tilsett fortel i eit intervju med Idébanken – inkluderande arbeidsliv om erfaringa si med tiltaket arbeid med bistand. Da ho utdanna seg til sivilingeniør, var ho plaga av depresjonar og angst. Då ho var ferdig med utdanninga klarte ho ikkje å fungere i den første jobben sin. Ho hadde gått inn i ei nyoppretta stilling med uklart innhald. Det var diffuse rammer og ein sjef som nesten aldri var til stades. For henne fungerte dette dårleg. Depresjonen og angsten tok overhand. Ho var mykje sjuk. Det enda med medisinsk rehabilitering, men ho sakna eit mål med behandlinga. Fire år etter at ho var ferdig med studia, tilrådde legen hennar tiltaket arbeid med bistand. Ho skulle med bistand få tilpassa oppgåver og trening på ein arbeidsplass. Denne bistanden skulle gjevast av ein tilretteleggjar på arbeidsplassen. I tida med tiltaket arbeid med bistand var ho datalærer i tre månader om gongen i nesten eit år. Ho hadde ein tilretteleggjar som ho hadde møte med kvar veke. På møta oppsummerte dei veka som var gått. Dei diskuterte kva for problem ho hadde hatt, og kartla vegen vidare. Jobben som datalærer og oppfølginga frå tilretteleggjaren styrkte sjølvtiliten. Styrken hennar blei gradvis bygd opp. Ho meiner at det trygge miljøet og den gode atmosfæren på jobben var heilt avgjerande for at ho kom seg vidare. Ho hadde behov for å møte problema sine og sjå dei, for at ho skulle kunne finne løysingar og kome seg vidare. Ho fann etter kvart fram til kva for rammevilkår ho måtte ha for å kunne fungere i ein framtidig jobb. Etter dette eine året hospiterte ho i drygt eit halvt år i ei bedrift. Dette fungerte bra. Arbeidsgjevaren og Nav delte så på lønsutgiftene i to månader. Dette var vellukka. Ho fekk tilbod om eitt års vikariat.

### **Kognitiv åtferdsterapi**

Kognitiv terapi av ulike typar er mykje nytta overfor fleire grupper av sjuke-melde. I ein studie i eit post- og telefirma i Nederland såg ein behovet for meir strukturerte og definerte tiltak for tilsette med arbeidsrelatert stress. Det blei gjennomført ein ny studie for å sjå om langtidssjukefråværet hos tilsette med stressrelaterte problem (engelsk: «adjustment disorders») kunne reduserast med aktiviseringstiltak. Bedriftslegane i verksemda fekk opplæring i korleis dei skulle rettleie dei sjukemelde. Målgruppa for tiltaket var tilsette som var sjukemelde for første gong på grunn av stressrelaterte plager. Deltakarane hadde altså stressrelaterte problem. Når dei hadde vore sjukemelde i to veker, blei dei fordelte tilfeldig på anten ei intervensjonsgruppe eller ei gruppe som fekk vanleg behandling. Til saman deltok det 192 personar i studien.

Tiltaket for intervensjonsgruppa innebar blant anna ei gradert aktivitets-



tilnærming. Den var bygd på ein tretrinnsmodell. Modellen skulle hjelpe deltakarane til å øve seg opp til å tole stress. På det første trinnet blei det lagt vekt på informasjon. Deltakarane skulle forstå kvifor dei hadde mista kontrollen. Dei tilsette blei også stimulerte til å drive med daglege aktivitetar som var mindre krevjande. På det andre trinnet blei dei bedne om å liste opp stressfaktorar og utvikle strategiar for korleis dei skulle angripe årsakene til stresset. På det tredje trinnet skulle dei setje problemløysingsstrategiane ut i livet. Dei skulle drive med meir krevjande aktivitetar. Det blei lagt vekt på det ansvaret kvar og ein sjølv hadde, og den rolla dei måtte spele når dei skulle hente seg inn att.

Effektmåla som blei vurderte, var graden av tilbakeføring til arbeid, sjukefråværet og hyppigheita av tilbakefall. Etter tre månader var det signifikant fleire tilsette i tiltaksgruppa som var tilbakeførte til arbeid, enn i kontrollgruppa. Etter tolv månader var alle tilsette i arbeid, men sjukefråværet var lågare i tiltaksgruppa enn i kontrollgruppa. Det var også mindre tilbakefall i tiltaksgruppa (van der Klink mfl. 2003).

### **TILTAKSTYPE 3: PROSJEKTTILTAK**

Det er ingen grenser for kva for tiltak som kan organiserast som prosjekt. I dette heftet er det berre omtalt eit avgrensa utval av prosjekt. Dei tener da som eksempel på kva for prosjekttiltak ein kan setje i verk eller dra nytte av i si eiga verksemd. Prosjekttiltak blir oftast nytta overfor prioriterte grupper eller område og problemgrupper eller problemområde. Slike prosjekt er viktige, men ein bør tidleg ha ein plan for korleis ein skal forankre resultatane i «normal drift» etter at prosjektet tek slutt. Den normale drifta kan her vere innanfor tilbodsspekteret til helsetenesta eller Nav. Den kan også vere innanfor spekteret til verksemda og arbeidsplassen. Utan ei slik forankring blir prosjektet meir av ein «happening», utan følgjer på lengre sikt.

Prosjekttiltak bør evaluerast særskilt. Det blir ofte stilt spørsmål om dei som driv eit prosjekttiltak, sjølv er dei rette til å evaluere det. Dette handlar om å ha tilstrekkeleg distanse til noko som ein sjølv står midt oppe i. Ofte har ein også eigne ambisjonar på vegner av prosjektet. Somme nyttar forskarar for å få ei kvalifisert evaluering av prosjekttiltaket. Dette kan ofte gjere det mogleg å ta i bruk resultatane også andre stader. Kvaliteten på evalueringsmetodikken kan vere avgjerande for om resultatane kan generaliserast.

Både basistiltak og persontiltak kan organiserast som prosjekt. Persontiltaka kan vere anten førebyggjande eller rehabiliterande, eller begge delar. Tabell 12 viser kva for prosjekt som er omtalte i dette heftet.

**Tabell 12** Oversikt over prosjekttiltak.

Tiltaksgrupper	Aktuelle tiltak
<b>Prosjekttiltak</b> er tiltak overfor prioriterte grupper/område eller problemgrupper/problemområde	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ta trappa, eit rehabiliteringsprosjekt</li><li>• Prosjekt om oppfølging av sjukefråvær</li><li>• Prosjektet Gravide i arbeid så lenge som råd</li><li>• Prosjektet Myndiggjorde medarbeidarar</li><li>• Fyrtårnsprosjektet</li><li>• Nærværprosjektet</li></ul>

### **Ta trappa, eit rehabiliteringsprosjekt**

I prosjektet Ta trappa tok dei eitt trinn om gangen i arbeidet med å rehabilitere langtidssjukemelde. Tilsette som var langtidssjukemelde, og som høyrde til einingar i verksemda med høgt sjukefråvær, blei valde ut til å vere med på prosjektet. Tiltaket blei gjennomført i Lillehammer kommune. I alt deltok 64 tilsette. Prosjektdeltakarane fekk tilbod om kurs på seks veker. Dei kom til rehabiliteringssenteret til verksemda og blei organiserte i grupper på seks–åtte personar to gonger per veke. Først hadde dei eit individuelt møte med prosjektleiaren. Så var dei med i samtalegrupper og i trening. På møta blei det lagt vekt på ei tilnærming der løysingane stod sentralt. Kvar deltakar skulle konsentrere seg om ressursane sine, for å utnytte arbeidspotensialet sitt. Somme fekk også individuelt tilpassa opplæring i å bruke kroppen ut frå dei plagene dei hadde. Nav Trygd informerte om rettar, svarte på spørsmål og tok opp problemstillingar som var aktuelle for den einskilde. Det kunne dreie seg om tema som desse:

- Frå fråvær til nærvær
- Ein samtale om arbeidet og kva som er mogleg der
- Funksjonsvurdering
- Økonomiske verkemiddel
- Kva kan vi tilby?

Deltakarane fekk også tilbod om ein individuell samtale med ein konsulent. Bedriftshelsetenesta bidrog òg med informasjon og rettleiing. Aktuelle tema som dei tok opp, var: tilrettelegging av arbeidsplassen, ergonomi og tips og råd for dei som har vore lenge borte frå jobb. I tillegg fekk prosjektdeltakarane hjelp til å planleggje tilbakeføringa til arbeidet.

Gjennom heile kurset var det personleg utvikling som stod i sentrum. Gjennom ulike foredrag og diskusjonar i grupper blei deltakarane medvitne om sin eigen ståstad og korleis dei sjølv kunne vere med på å styre sitt eige



liv. Målet var å ha ein kvardag der arbeidet fremja helsa. Kurset hjelpte den einskilde til å sjå sin eigen situasjon og ta ansvar for seg sjølv både på jobb, heime og i fritida. Deltakarane analyserte energibruken sin: Kva var det viktig å bruke krefter på? Kva kunne dei skjere ned på av arbeidsoppgåver? Dei såg også på ansvarsfordelinga i heimen og på jobben. Det blei lagt vekt på kva dei kunne gjere av positive ting for å snu ein trend. Deltakarane skreiv òg dagbok der dei kartla heile situasjonen sin. Dagboka danna grunnlaget for eigne refleksjonar om kva dei kunne bidra med i arbeidet sitt, og kva for grep som kunne gjerast utanom arbeidet for at dei skulle få ein lettare kvardag. Bedriftshelsetenesta var med da deltakarane skulle tilbakeførast til arbeidet. Dette blei sett på som suksesskriterium: heilskapleg tenking; bevisstgjerung og ansvarleggjering av den sjukemelde; samarbeid mellom fysioterapeut, ergoterapeut, leiar, Nav og bedriftshelsetenesta; dyktige terapeutar; ein engasjert prosjektleiar og forankring i leiinga. Av dei 62 tilsette som deltok, blei 33 heilt friskmelde, 18 reduserte sjukemeldingsprosenten sin, og 11 var sjukemelde i same grad som før. Ta trappa-prosjektet blei gjennomført som eit ordinært tiltak i sjukefråværsarbeidet i verksemda.

## **Prosjekt om oppfølging av sjukefråvær**

I Nesodden kommune valde dei å setje søkjelyset ekstra sterkt på oppfølginga av sjukemelde. Det skjedde ved å etablere ei eiga prosjektgruppe. Målet var å auke nærværet på arbeidsplassen gjennom eit godt og systematisk samspel rundt den sjukemelde. Prosjektgruppa for oppfølging av sjukemelde skulle: 1) lage ein eigen plan for informasjon og kommunikasjon, 2) lage intranettsider med informasjon om det arbeidet som heile tida går føre seg, 3) halde informasjonsmøte, 4) drive opplæring av leiarar i rutinar og korleis dei skal gjennomføre sjukefråværsamtalen med medarbeidaren, 5) gjere medarbeidarane medvitne om ansvar og roller, 6) formidle gode eksempel frå kvardagen og 7) presentere tiltaka for leiarar i aktuelle avdelingar.

## **Prosjektet Gravide i arbeid så lenge som råd**

Dette prosjektet blei gjennomført i Karmøy kommune. Seks tilsette som var gravide, deltok. Hovudmålet med prosjektet var å auke nærværet til dei gravide i verksemda. Delmåla var å systematisere oppfølginga av gravide arbeidstakarar og å betre tilrettelegginga av arbeidssituasjonen til den einkilde gravide. Tiltak som blei nytta i prosjektet, var:

- å nytte jordmor i større grad – trekantsamtalar mellom den gravide, leiaren og jordmora
- å nytte dei oppfølgingsrutinane for gravide arbeidstakarar som verksemda har
- å nytte oppfølgingsplanar også som dialogverktøy
- å kartlegge risikofaktorar i verksemda
- å auke bruken av bedriftshelsetenesta i samband med førebygging og tilrettelegging av arbeidet
- å nytte tekniske hjelpemiddel frå både bedriftshelsetenesta og den lokale hjelpemiddelsentralen
- å kjøpe inn forflyttingsutstyr
- å skaffe økonomiske midlar frå Nav
- å auke kompetansen gjennom foredrag, informasjonsarbeid og opplæring overfor alle gravide, kollegaer, leiarar, jordmødrer, HMS-kontor og legar
- å halde idédugnad om kva som kan leggjast til rette på arbeidsplassen
- å eventuelt rokere oppgåver eller vakter
- å vurdere kva som eventuelt er mogleg innafor omplassering, og vurdere rutinar ut frå slike omplassingar

I 2004–2005 var dei gravide i verksemda sjukemelde i 12,3 veker i gjennomsnitt før dei gjekk ut i fødselspermisjon. Deltakarane i prosjektet var i gjennomsnitt sjukemelde i 6,4 veker før fødselspermisjonen. Verksemda meiner at ein har funne ein enkel og lite tidkrevjande måte å følgje opp gravide på, gjennom rutinebeskrivinga for oppfølging av gravide og trekantsamtalane. Leiaren i verksemda har sett at det ikkje tek lengre tid å følgje opp gravide enn sjukemelde. Han meiner dette inneber at prosjektet kan overførast til ordinær drift. Les meir i det temaheftet frå Idébanken som heiter *Gravid medarbeidar – tilrettelegging er gull verd*.

### **Prosjektet Myndiggjorde medarbeidarar**

På grunnlag av eit prosjekt som Nordlandsforskning har gjennomført på oppdrag av Kommunanes Sentralforbund (KS), er det laga eit arbeids- og idéhefte om medarbeidarskap i pleie- og omsorgstenesta. Det ligg òg føre ein rapport i kortversjon frå prosjektet. Prosjektet følgde tolv verksemder som gjorde ein innsats for å myndiggjere medarbeidarane sine i pleie- og omsorgstenesta. Gjennom denne prosessen fekk dei dokumentert både kva som verkar i praksis. Dei fekk vite kva for grep som gjev best resultat. KS definerer myndiggjorte medarbeidarar på denne måten: «Myndiggjorte medarbeidere er ansvarlige og selvstendige medarbeidere som har fått og grepet retten til å beslutte på områder der de er kompetente. Det dreier seg om innflytelse og kontroll over egen arbeidssituasjon.» Suksesskriteria var: eit arbeidsmiljø prega av tryggleik, trivsel og tillit, ein open kommunikasjon basert på faste møteplassar, kompetanseutvikling knytt til tenesta, reell medverknad – at tilsette blir høyrde og tekne på alvor – og ei tydeleg og synleg leiing. Rapporten viser til resultat som klare samanhengar mellom vellykka myndiggjeringsprosessar, auka trivsel og lågare sjukefråvær. Størst effekt fann ein i dei verksemdene som i dette arbeidet tok utgangspunkt i ståstaden til dei tilsette (Sollund mfl. 2004, Kommunenes Sentralforbund 2005).

### **Fyrtårnsprosjektet**

Seks kommunar på Øvre Romerike starta i samarbeid med Nav Arbeidslivssenter og Kommunal Landspensjonskasse (KLP) det såkalla Fyrtårnsprosjektet. Dette prosjektet gjekk over to år og sikta mot å auke arbeidsnærværet ved å finne fram til gode tiltak innanfor seks sjukeheimsavdelingar i samarbeidskommunane. Her omtaler vi delprosjektet i Ullensaker kommune. Målgruppa for tiltaket var alle sjukepleiarane, hjelpepleiarane, omsorgsarbeidarane og assistentane ved to avdelingar på ein sjukeheim i verksemda.

Prosjektet starta i september 2005. Målet var å få dei tilsette til å bli meir



medvitne om sin eigen situasjon. Kvifor dei var på jobb, og kva som medverka til at dei treivst på arbeidsplassen. Dei skulle vere stolte av å arbeide på sjukeheimen, vere motiverte, glade og dyktige. Det skulle råde ein kultur der det var lov å vere flink, lov å ha ambisjonar og lov å gjere feil. Den kollegiale teamkulturen skulle vere prega av openheit, tillit og lojalitet. Det skulle vere akseptert at alle ønskjer å utvikle seg gjennom god, regelmessig og konstruktiv dialog. Dei tilsette skulle jobbe saman for at kvar einskild skulle bli ein dyktigare pleiar. Det kunne skje gjennom auka kunnskap og stadig meir erfaring. Dei tilsette i prosjektavdelinga, leiinga, dei tillitsvalde og verneombodet deltok i samtalar og kartlegging. Dei blei samde om å prøve å minske sjukefråværet med 10 prosent innan utgangen av 2007. Det skulle skje slik:

- Å vurdere ulike turnusordningar innanfor dei økonomiske rammene som var vedtekne. Målet var å få til meir fleksibilitet innanfor rammene. Ei arbeidsgruppe skulle lage framlegg til ei ny turnusordning og greie ut følgjene av den. Det skulle også etablerast eit miniprojekt med utprøving av ei ny turnusordning.
- Å kvalitetssikre rutinar, ansvar og rollefordeling. Målet var å dokumentere rutinane i avdelinga og å få til betre arbeidsflyt. Ei arbeidsgruppe skulle dokumentere dei eksisterande rutinane og eventuelt lage nye rutinar.

- Fagutvikling – utdanning og vidareutdanning. Målet var å auke kunnskapen hos dei tilsette og auke kvaliteten på rutinane. Behovet for kurs og opplæring skulle kartleggjast. Dei tilsette skulle eventuelt hospitere andre stader.
- Haldningsskapande arbeid. Å jobbe med haldningar til arbeidet og til kollegaer og pasientar og pårørande. Målet var å få til eit betre arbeidsmiljø og meir profesjonelle og meir medvitne tilsette. Det skulle skapast ein felles kultur. Ei arbeidsgruppe skulle kome med framlegg til tema som skulle diskuterast.

Seks ulike område blei til slutt utgangspunktet for konkrete tiltak (Ullensaker kommune 2008):

Fokusområde 1: Turnusordningar

Fokusområde 2: Kvalitetssikre rutinar. Ansvar og rollefordeling

Fokusområde 3: Fagutvikling/utdanning

Fokusområde 4: Informasjon og kommunikasjon

Fokusområde 5: Haldningsskapande arbeid

Fokusområde 6: Arbeidsmiljø og motivasjon

Sjukefråværet blei ikkje redusert med så mykje som 10 prosent, slik målet var. Men prosjektavdelinga hadde eit lågare fråvær enn resten av sjukeheimen. Medan sjukefråværet på prosjektavdelinga blei redusert i toårsperioden, auka det på resten av sjukeheimen (Ullensaker kommune 2008).

### **Tillitsprosjektet i Mandal Kommune**

Tillitsprosjektet i Mandal kommune starta i 2007 etter eit samrøystes vedtak i Mandal bystyre. Etter kvart fekk kommunen, som den einaste verksemda i Noreg, løyve frå Arbeids- og inkluderingsdepartementet til å likestille eigenmelding med legemelding som dokumentasjon på sjukefråvær. Fordi det òg blei innført 365 eigenmeldingsdagar, har sjølve ordninga vore mykje omtalt i media. Men prosjektleiinga framhevar at det viktigaste når ein skal skape eit friskare arbeidsmiljø og ein sunn bedriftskultur, er arbeidet med haldningar og tillit i organisasjonen. Evalueringar viser at kommunen er komen langt i å få til dette. Prosjektet har følgjeforskning frå Universitetet i Agder og Agderforskning og frå hausten 2011 også frå Institutt for økonomi ved Universitetet i Bergen. Kommunen har fått løyve til å forlengje prosjektet ut 2012.

## Grunnmuren i Tillitsprosjektet:

- Forankring og god organisering av prosjektet
- Tydeleg prosjektleiing – “kontinuitet”
- Tydeleggjering og opplæring av leiarar – dette er ein leiarjobb!
- Godt samarbeid med tillitsvalde og verneombod – alle har same bodskapen
- Fleire informasjonsrundar på alle arbeidsstadene – den same informasjonen til alle
- Ansvarleggjering av dei tilsette – plikter og rettar
- Tillitsomgrepet er diskutert på alle arbeidsplassane
- Aktiv bedriftshelseteneste – alle tilsette er medlemmer
- Samarbeid og hjelp frå Nav – ein fast kontaktperson

Målet i Tillitsprosjektet er eit sjukefråvær på under 6 prosent. Vidare at den reelle pensjoneringsalderen går opp til 59 år. Til slutt at minst 90 prosent av dei tilsette som blir sjuke, nyttar eigenmelding framfor legemelding. Her er noen konkrete tiltak i prosjektet:

- Tett oppfølging av tilsette med stadige korttidsfråvær. Dersom ein tilsett har meir enn tre fråvær dei siste seks månadene, skal leiaren vurdere å ha ein samtale med den tilsette om kva arbeidsgjevaren kan gjere. Formålet med oppfølginga er å førebyggje langtidsfråvær.
- Frukostmøte med aktuelle IA-tema blir haldne for leiarane frå tre til fire gonger i året. Kvart møte varer i cirka 2 1/2 time. Eksempel på tema er arbeidsgjeverlos, oppfølgingsrutinar og haldningsarbeid.
- Informasjon om sjukefråværet og nærværarbeidet blir gjeven til alle einingane frå ein til to gonger i året. For å gjere seg mindre sårbar har prosjektet sett ned ei informasjonsgruppe på fire personar som deler på informasjonsrundane.
- IA-nettverket med Kristiansand kommune, Elkem Solar, Hennig Olsen is, Tine Meierier, GE Helthcare, Nordic dørfabrikk, Kruse-Smith og Xtrata Nikkelverk AS møtest fire gonger per år for å utveksle erfaringar om nærvær og fråvær og for å ha høve til å utveksle tilsette for jobbutprøving.
- Tillitsfilmen er lagd ut på nettsida saman med ein kortversjon av han på fire minutt.





## Litteratur

Andersen LL, Kjær M, Søgaard K, Hansen L, Kryger AI & Sjøgaard G2008.

Effect of two contrasting types of physical exercise on chronic neck muscle pain. *Arthritis & Rheumatism* 2008; vol. 59, nr. 1: 84–91.

Ariens GA, Bongers PM, Hoogendoorn WE, Houtman I, van der Wal G & van Mechelen W 2001a. High quantitative job demands and low coworker support as risk factors for neck pain. *Spine* 2001; vol. 26, nr. 17: 1896–1903.

Ariens GA, van Mechelen W, Bongers PM, Bouter LM & van der Wal G2001b. Psychosocial risk factors for neck pain: A systematic review. *American Journal of Industrial Medicine* 2001; vol. 39, nr. 2: 180–193.

Bolstad B 2007. Gravid og i arbeid. Om tilrettelegging for gravide i jobb. Temahefte Idébanken – inkluderende arbeidsliv.

Bond GR 2004. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2004; vol. 27 nr. 4: 345–359.

Bongers PM, de Winter CR, Kompier MA & Hildebrandt VH1993. Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scandinavian Journal of Work Environment and Health* 1993; vol. 19, nr. 5: 297–312.

Bongers PM, Ijmker S, van den Heuvel S & Blatter BM 2006. Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *Journal of Occupational Rehabilitation* 2006; vol. 16, nr. 3: 279–302.

Bongers PM, Kremer AM & ter Laak J 2002. Are psychosocial factors, risk factors for symptoms and signs of the shoulder, elbow or hand/wrist?: A review of the epidemiological literature. *American Journal of Industrial Medicine* 2002; vol. 41: 315–342.

de Jonge J & Dormann C 2003. The DISC model: Demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. I Dollard MF, Winefield AH & Winefield HR (red.). *Occupational stress in the service professions*: 43–74. Taylor and Francis, London.

Drøpping JA 2004. Inkluderende arbeidsliv – inkluderende arbeidsgivere? Arbeidsnotat fra Fafos forprosjekt Inkluderende arbeidsliv – ny rolle for arbeidsgivere. Fafo-notat 2004: 26.

Drøpping JA, Midtsundstad T & Østberg T 2005. Seminar om evaluering av intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv 6.–7. desember 2004. Fafo-notat 2005: 05.

Econ Analyse 2005. 16 IA-virksomheter to år etter. Utarbeidet for Arbeids- og sosialdepartementet. Econ-rapport 2005–051. Econ Analyse AS.

Halford V & Cohen HH 2003. Technology use and psychosocial factors in the self-reporting of musculoskeletal disorder symptoms in call centerworkers. *Journal of Safety Research* 2003; vol. 34: 167–173.

Hogstedt C, Bjurvald M, Marklund S, Palmer E & Theorell T (red.) 2004. Den höga sjukfrånvaron – sanning och konsekvens. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.

Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW & Bouter LM 1999. Physical load during work and leisure time as risk factors for backpain. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 1999; vol.25, nr. 5: 387–403.

Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW & Bouter LM 2000. Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain. *Spine* 2000; vol. 25, nr. 16: 2114–2125.

Janssen N, van den Heuvel WPM, Beurskens AJHM, Nijhuis FJN, Schröer CAP & van Eijk JTM 2003. The demand-control-support model as a predictor of return to work. *International Journal Of Rehabilitation Research* 2003; vol. 26, nr. 1: 1–9.

Johansson G & Lundberg I 2003. Anpassningsmöjligheter och återgång i arbete bland långtids-sjuka tjänstemän. Slutrapport ([www.alecta.se](http://www.alecta.se)). Stockholm: Alecta.

Johansson G & Lundberg I 2005. Sjukflexibilitetsmodellen – utgångspunkter og resultat. I Marklund S mfl. (red.) Den hög sjukfrånvaron – problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Johnsen JV 1986. The impact of workplace social support, job demands and work control upon cardiovascular disease in Sweden. Department of Psychology, Stockholm.

Karasek RA 1979. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*; vol. 24:285–307.

Karasek R & Theorell T 1990. *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York.

Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Amick B, Bongers PM & Houtman I 1998. The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology* 1998; vol. 3, nr. 4: 322–355.

Kommunenenes Sentralforbund 2005. Bedre tjenester med myndiggjorte medarbeidere. Et idé-hefte for medarbeiderutvikling i pleie- og omsorgstjenesten. Kommuneforlaget.

Labriola M 2007. Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work. Doktorgradsavhandling. National Institute of Occupational Health, Copenhagen, and University of Copenhagen.

Labriola M, Christensen KB, Lund T, Nielsen ML & Diderichsen F 2006. Multilevel analysis of workplace and individual risk factors for long-term sickness absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2006; vol. 48, nr. 9: 923–929.

Levi L, Bartley M, Marmot M, Karasek R, Theorell T, Siegrist J, Peter R, Belkic K, Savic C, Schnall P & Landsbergis P 2000. Stressors at the workplace: Theoretical models. *Occupational medicine – state of the art reviews* 2000; vol. 15, nr. 1: 69–105.

Lidwall U & Marklund S 2006. What is healthy work for women and men?: A case-control study of gender- and sector-specific effects of psycho-social working conditions on long-term sickness absence. *Work* 2006; vol. 27, nr. 2: 153–163.

Malchaire J, Cock N & Vergracht S 2001. Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2001; vol. 74, nr. 2: 79–90.

Marklund S, Bjurvald M, Hogstedt C, Palmer E & Theorell T 2005. Den höga sjukfrånvaron. Problem och lösningar. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Mikkelsen A (red.) 2002. Tiltak mot sykefravær. J.W. Cappelens forlag, Oslo.

NAV 2008. IA-funksjonsvurderingen. En samtale om arbeidsmuligheter. Arbeids- og velferdsdirektoratet.

NAV og Arbeidstilsynet 2008. Arbeidsgivers og arbeidstakers oppfølgingsplan ved sykmelding.

NIOSH 1997. Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity, and low back. Publication No. 97–141. National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati, Ohio.

Nordisk Ministerråd 2005. Nordiske initiativer til nedbringelse af sykefravær. TemaNord 2005: 524.

NOU 2000: 27. Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. Sosial- og helse-departementet 2000.

Nyberg A, Bernin P og Theorell T 2005. The impact of leadership on the health of subordinates. SALTSA; Working life research in Europe; 1:2005.

Roelen CAM, Koopmans PC, de Graaf, JH, van Zandbergen JW & Groothoff JW 2007. Job demands, health perception and sicknessabsence. Occupational Medicine 2007; vol. 57, nr. 7: 499–504.

SBU 2003. Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis. Ensystematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering, Stockholm.

Sollund MJ, Trygstad SC, Johansen BL 2004. Myndiggjorte medarbeidere i pleie og omsorg – hvorfor og hvordan? NF-rapport nr. 11/2004, Nordlandsforskning.

Stockholms läns landsting 2004. Anpassningsmuligheter, närvarokrav och sjukfrånvaro. Kapitel 4 i Arbetshälsorapport 2004. Stockholms länslandsting: Arbets- og miljömedisin.

Statsministerens kontor 2006. Sykefraværutvalgets innstilling 2006. Avgitt av Statsministerens kontor 6. november 2006.

Teigen A 2008. Sykefraværssamtalen, 2. utgave. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Theorell T & Karasek R 1996. Current issues relating to psychosocial jobstrain and cardiovascular disease research. Journal of Occupational Health Psychology 1996; vol. 1, nr. 1: 9–26.

Ullensaker kommune 2008. Fyrtårnsprosjektet Øvre Romerike, arbeidsnærvær i kommunale sykehjem. Fyrtårnsprosjektet Ullensakerkommune. Prosjektevaluering datert 25.02.2008.

van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH, van Dijk FJ 2003. Reducing longterm sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomised controlled design. Occupational and Environmental Medicine 2003; 60: 429–437.

Woods V 2005. Work-related musculoskeletal health and social support. Occupational Medicine 2005; vol. 55: 177–189.

Aas RW 2006. Gåten er løst [om sykefravær]. Kronikk, Dagbladet 12. september 2006.

Aas RW, Ellingsen K, Lindøe P & Möller A 2008. Leadership qualities in the return to work process: A content analysis. Journal of Occupational Rehabilitation 2008; vol. 18, nr. 4: 335–346.

Aas RW & Skaugen BH 2007a. Innsatskommuner sykefravær: Problem, mål, tiltak og suksesskriterier. IRIS rapport 2007/094. International Research Institute of Stavanger, IRIS.

Aas RW & Skaugen BH 2007b. Sykefraværarbeid – en håndbok. Fundamenterings tiltak, personiltak og prosjekttiltak. IRIS-rapport 2007/143. International Research Institute of Stavanger, IRIS.





**Idébanken.org**  
fortel dei gode historiane frå  
norsk arbeidsliv og tilbyr informasjon,  
verktøy og fagleg materiell for eit  
arbeidsliv som inkluderer.

Bestill temahefte:  
[idebanken.org/temahefter](http://idebanken.org/temahefter)

Meld deg på nyheitsbrev:  
[idebanken.org/nyheitsbrev](http://idebanken.org/nyheitsbrev)

Kontakt oss:  
[post@idebanken.org](mailto:post@idebanken.org)

Besøk oss på:  
[facebook.com/idebanken.org](https://facebook.com/idebanken.org)  
[twitter.com/idebanken](https://twitter.com/idebanken)  
[youtube.com/idebanken](https://youtube.com/idebanken)

