

Lise Lien

«Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus

Notat for programmet «Saman om ein betre kommune»

Lise Lien

«Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus

Notat for programmet «Saman om ein betre kommune»

© Fafo 2013
ISSN 0804-5135

Innhold

Innhold	3
Forord	5
1 Overordnet sammenfatning	6
2 Innledning og bakgrunn	12
3 Metode og utvalg	13
3.1 Ulike tiltaks effekter	15
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
4 Om sykefravær og årsaker til sykefravær	17
4.2 Sykefraværets kompleksitet	17
4.3 Sykdom og helse	18
4.4 Perspektiver på sykdom og helse	19
4.4.1 Om begrepene langtidsfrisk og sykenærvær	20
4.5 Samfunnsnivå, virksomhetsnivå og individnivå	24
5 Kjønn og sykefravær	27
5.1 Kjønn og sektor	27
5.2 Kjønn og langtidsfriskhet	29
6 Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær og nærvær	32
6.1 Hva kjennetegner et godt arbeidsmiljø?	32
6.2 Fysisk arbeidsmiljø	34
6.3 Psykososialt arbeidsmiljø	36
6.4 Organisatoriske faktorer	38
6.4.1 Friske organisasjoner	38
6.4.2 Arbeidsrettede tiltak	39
6.4.3 Arbeidstid og helse	39
6.4.4 Omorganiseringer, endringer og medvirkning	40
6.4.5 Sintef IFIM – en idebok for kommunalt sykefravær	41
6.4.6 QPSNordic	42
6.4.7 Kvalitetskommuneprogrammet	43
6.4.8 Kvalitetskommuneprogrammet – en tiltakshåndbok	44
7 Lederskap	46
7.1 Hva er en god leder?	46

7.2 Ledelseskvalitet og medarbeideres helse og trivsel	47
7.3 Helsefremmende lederskap og medarbeiderskap – eksempel på en metode	51
7.4 Lederskap, rammebetingelser og kjønn	52
8. Helsefremmende arbeid.....	54
8.1 Helsefremmende arbeid - prosessstilnærming	55
8.2 Forebygging og helsefremmende arbeid	56
8.3 Helsefremmende faktorer og tiltak	56
9. IA-virkemidler	60
9.1 IA-avtalen	60
9.2 Verktøy og virkemidler for IA-virksomheter	61
9.2.1 NAV Arbeidslivssenter og NAV lokalt	61
9.2.2 Tilretteleggingstilskuddet.....	62
9.2.3 Bedriftshelsetjenesten (BHT).....	63
9.2.4 Samhandling.....	63
9.2.5 IA-tiltak og effekter.....	68
10. Tiltakene gradert sykemelding og egenmelding	71
10.1 Gradert sykemelding	71
10.2 Egenmelding	73
10.2.1 Eksempler på prosjekter	73
11. Idebanken - for et arbeidsliv som inkluderer	78
12. Relevante (forsknings-)miljøer med lenker	79
Referanseliste	81

Forord

Saman om ein betre kommune er et program for lokale utviklingsprosjekter. Programmet tar opp problemstillinger på fire områder, deriblant sykefravær. Målet er at deltakerkommunene skal etablere en nærværskultur og redusere sykefraværet gjennom å utvikle tiltak, opparbeide kunnskap og sikre erfaringsoverføring i kommunal sektor.

Kommunal- og regionaldepartementet har ansvaret for programmet og sekretariatet, og samarbeider med KS og hovedsammenslutningene om gjennomføring av programmet. En forutsetning for deltakelse er at det er god lokal forankring, der folkevalgte, ledere, medarbeidere og tillitsvalgte er involvert i utformingen og rapporteringen av prosjektet.

Litteraturen i denne oversikten viser at fraværs- og nærværarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i og som må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Det finnes heller ingen beste praksis eller en oppskrift for hvordan redusere fraværet eller øke nærværet. Forskningen viser at de som lykkes best med dette arbeidet tar utgangspunkt i skreddersydde lokale løsninger, de er opptatt av forankring og de involverer medarbeiderne og de tillitsvalgte/verneombud i arbeidet. Et godt sykefraværs- og nærværarbeid krever i tillegg kunnskap og ressurser.

Det har vært et interessant prosjekt å jobbe med og jeg vil takke KRD, KS og ressursgruppen for nyttige innspill og kommentarer til kunnskapsstatusen. Jeg vil også rette en særlig takk til Ketil Bråthen og til Leif Moland som har holdt i Fafos bidrag til «Saman om ein betre kommune» programmet og vært en konstruktiv og kunnskapsrik støttespiller under arbeidet.

Oslo, februar 2013

Lise Lien

1 Overordnet sammenfatning

Det overordnede målet med innsatsen på temaet sykefravær i utviklingsprogrammet *Saman om ein betre kommune* er å etablere en nærværskultur og å redusere sykefraværet gjennom å utvikle tiltak, opparbeide kunnskap og sikre erfaringsoverføring i kommunal sektor. Per februar 2013 er det 110 kommuner med i programmet. Kommunene som deltar i programmet har utarbeidet egne lokale prosjekter og erfaringene kommunene gjør i sine lokale prosjekter ønsker partene på sentralt nivå skal spres mellom kommunene. Forskningen viser at sykefraværarbeidet må skreddersys det lokale nivået og det vil derfor være optimistisk å tro at man kan utarbeide en beste praksis som alle kommuner vil kunne benytte for å redusere sykefraværet eller øke nærværet. Det man heller kan se for seg er at kommunene kan dele tips om og ideer til gode arbeidsprosesser som man så må tilpasse egen lokal virksomhet/avdeling. Godt sykefraværarbeid/nærværarbeid er kort og godt krevende.

Denne kunnskapsstatusen bidrar til å belyse kompleksiteten knyttet til sykefravær-/nærværarbeid og inneholder studier som undersøker årsakssammenhenger mellom en rekke ulike faktorer og sykefravær/nærvær. Den inneholder også enkelte eksempler på ulike tiltak og virkemidler, samt oversikt over relevante nettadresser hvor kommunene kan oppsøke mer. Fordi enkelte av de deltakende kommunene i *Saman om ein betre kommune* har valgt tilnærmingen «helsefremmende arbeidsplasser» vil også studier av hva som bidrar til å skape trivsel, og forhold som kan ha betydning for om medarbeiderne velger å gå på jobb eller ikke hvis de ikke føler seg helt frisk, bli inkludert.

Man vet mye om risikofaktorer – altså hvilke faktorer som kan bidra til å skape fravær - og noe om hva som bidrar til å skape helsefremmende arbeidsplasser. Det man vet minst om er ulike tiltaks effekter på sykefravær/nærvær. En utfordring kan være at mange virksomheter setter i gang tiltak uten å ha kunnskap om tiltakene har effekt, eller at de innfører tiltak som ikke blir evaluert på en vitenskapelig måte og som man i etterkant derfor ikke kan si med sikkerhet har hatt effekt eller ikke. Det hjelper lite at man *opplever* og *tror* at det er tiltakene som bidrar til at sykefraværet går ned og/eller at nærværet øker. Ofte kan det være andre forhold i organisasjonen eller en kombinasjon av tiltaket og/eller andre faktorer som har bidratt til endringene uten at man er bevisst dette. Å presentere tiltak man *tror* virker, uten at det virkelig er dokumentert at de *faktiske* virker, vil være betenkelig. En annen utfordring er at det er mangel på studier som studerer tiltaks effekter over lang nok tid. Noe som går igjen i mange av studiene er en etterlysning av prosjekter som går over flere år slik at man kan studere eventuelle effekter over en lengre tidsperiode. Da vil man blant annet fange opp om de endringene man har observert kun har en kortvarig effekt, eller om effekten knyttet til et utprøvd tiltak først kommer til syne etter noen år. Det er enkelt å kritisere kommunene for å sette i gang tiltak som man ikke vet om har noen dokumentert effekt, men samtidig har de altså ikke mye forskning å støtte seg til. I denne kunnskapsstatusen vil

vi presentere forskning som faktisk har påvist enkelttiltaks effekter på sykefravær, men også forskning som ikke kan dette.

Tilfanget på forskning på temaet sykefravær er svært stort. Dette er ingen uttømmende kunnskapsstatus, men en gjennomgang av enkelte norske, svenske og danske studier som på ulike måter kan bidra til å belyse sykefravær og nærvær. Rapporten inneholder studier som:

- Ser nærmere på årsaksforklaringer – hvilke faktorer på samfunn-, virksomhets- og individnivå som øker eller reduserer sannsynligheten for sykefravær. Slik som for eksempel sammenhengen mellom yrke og sykefravær, lav grad av sosial støtte og sykefravær, lederstøtte og sykefravær, rollekonflikter og sykefravær, motstridende krav i arbeidet og sykefravær, liten kontroll over arbeidet og sykefravær og opplevelse av stress og sykefravær
- Ser på effekten av spesifikke tiltak på sykefravær og nærvær
- Ser nærvær i lys av en helsefremmende arbeid-tilnærming

Litteraturen i denne oversikten viser at følgende faktorer er viktige å tenke på når man skal jobbe med sykefraværs- og nærværsarbeid:

- Fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som krever konstant fokus og forankring på alle nivåer i organisasjonen - både i den politiske ledelsen, den administrative ledelsen og virksomhetsledelsen
- Sykefraværs- og nærværsarbeid må være en del av virksomhetens overordnede strategier, målbeskrivelser og struktur
- Medvirkning og involvering av ansatte og tillitsvalgte/verneombud er viktig for å lykkes
- Sykefraværs- og nærværsarbeidet må baseres på grundig kartlegging og analyse av problemene i virksomheten før man setter i gang tiltak
- Man bør evaluere effekten av de tiltakene man prøver ut
- Man kan få inspirasjon av andre virksomheters arbeid, men man kan ikke direkte kopiere dette arbeidet. Arbeidet må ta utgangspunkt i egen virksomhets utfordringer og skreddersys lokalt. Lokale problemer krever lokale løsninger og det finnes ingen beste praksis for hvordan redusere fraværet eller øke nærværet
- Tallene for sykenærvær bør tas med når virksomheter skal sette i gang tiltak for å bedre de ansattes helse. Man bør ha fokus på balansert nærvær som kombinerer lavt sykenærvær med lavt sykefravær
- Gode oppfølgingsrutiner er viktig
- Tilrettelegging og fleksibilitet er viktig
- Sykefraværsarbeidet må komme til uttrykk gjennom tiltak som dialog mellom arbeidsgiver og syke og friske arbeidstakere
- Samarbeidet med andre aktører er viktig for å bidra til å skape gode rutiner for både forebygging og oppfølging av sykefravær. Særlig samarbeid med bedriftshelsetjenesten ser ut til å ha positiv effekt

Langtidsfriske organisasjoner er preget av følgende:

- En gjennomtenkt lederskapsfilosofi som tas i betraktning også ved rekruttering av ledere
- Intern rekruttering av ledere og i tillegg til å være oppfattet av formell kompetanse er man også opptatt av andre typer kompetanse slik som sosial kompetanse
- Ledere med god kunnskap om virksomheten og virksomhetens regelverk
- Systematiske program for å støtte og utvikle sine ledere
- Lederne har god organisatorisk støtte og nok ressurser til å håndtere arbeidsoppgavene på en god måte
- Utvikling av medarbeiderne og belønning for god innsats
- Det settes av tid til kompetanseutvikling for medarbeiderne
- Ansattes medvirkning og god dialog mellom medarbeidere og ledelsen
- Lederne er lydhøre overfor de ansattes synspunkter og deres arbeidssituasjon
- Lederne ser de ansatte som en ressurs
- De ansatte ser seg selv som en del av en helhet og dette bidrar til opplevelsen av meningsfullhet
- Ledelsen erkjenner at organisatoriske faktorer kan bidra til dårlig helse hos medarbeiderne
- Innført forebyggende aktiviteter på en strategisk og systematisk måte - gjerne i samarbeid med bedriftshelsetjenesten
- Kartlegginger i virksomheten etterfølges av tiltak
- Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt og det gjelder spesielt for kvinner
- Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis man jobber normaltid og det gjelder spesielt for kvinner
- Tydelige mål i arbeidet har en større friskhetseffekt for kvinner enn for menn
- Å ha nok ressurser i arbeidet og opplevelsen av å være fornøyd med kvaliteten på det arbeidet man utfører betyr mer for langtidsfriskhet for kvinner enn for menn
- Opplevelsen av å ha støtte fra leder betyr mer for langtidsfriskhet for kvinner enn for menn

Ledelse:

- Det er få studier som undersøker ledelsens direkte effekt på medarbeidernes helse, men mange undersøkelser viser til ledelsens indirekte effekt på medarbeidernes helse
- Studiene viser at en god leder:
 - Ser og lytter til sine medarbeidere
 - Opptrer rettferdig overfor medarbeiderne
 - Viser omsorg/omtanke for sine medarbeidere
 - Er en som strukturerer arbeidet for medarbeiderne gjennom veiledning. Denne veiledningen kan komme til uttrykk ved å foreslå løsninger på medarbeidernes arbeidsrelaterte problemer og å legge til rette for arbeidet - særlig i stressende situasjoner
 - Lar medarbeiderne kontrollere eget arbeidsmiljø
 - Skaper strukturer som bidrar til «empowerment»/myndiggjøring og muligheter for deltakelse, autonomi og kontroll for medarbeiderne
 - Inspirerer de ansatte til å se meningen i arbeidet
 - Gir de ansatte mulighet for intellektuell stimulering og kompetanseutvikling
 - Er nærværende, støttende og anerkjennende
- Ledelseskvalitet er viktig:
 - Nærmeste leders tilrettelegging for utvikling av den enkelte medarbeider
 - Lederens prioritering av medarbeidernes tilfredshet
 - Leders planleggingsevne
 - Leders evne til å løse konflikter
- Medarbeiderens opplevelse av ledelseskvalitet henger sammen med faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet og til de organisatoriske rammene på arbeidsplassen
- Rammebetingelser betyr noe for forutsetningene for å bedrive godt lederskap. Jo flere ansatte man har ansvaret for, jo mer utfordrende er det å bedrive godt lederskap
- Hvis leder har lav grad av administrativ støtte i kombinasjon med ansvar for mange ansatte påvirkes lederskapet i negativ retning
- God kommunikasjon med politikere og ledere på høyere nivå er viktig for å informere om virksomhetens måloppnåelse og budsjett - utfordringer i virksomheten må ses i sammenheng med mer strategiske spørsmål
- Man må våge å ta opp problemer med ledere på høyere nivå
- Informasjon knyttet til arbeidsmiljømessige forhold må ikke sensureres før det når kommunens administrative og politiske nivå. Manglende informasjon om de faktiske forhold kan bidra til utprøving av tiltak som ikke møter utfordringene i virksomheten

Dette fremmer helse hos medarbeiderne:

- Aktivt og systematisk arbeidsmiljøarbeid i virksomheten
- Passe arbeidsbelastning
- Innflytelse og delaktighet
- Positivt arbeidsklima
- Muligheter for kompetanseutvikling
- Helsefremmende aktiviteter
- Godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten og andre eksterne aktører

Ved helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot psykisk helse (angst og depresjon) anbefales følgende:

- Tidlig identifisering av problemer gjennom et varslingsystem
- Inkludere arbeidstakerne i alle faser av prosjektet
- Prosjektet må være integrert i ledelsens filosofi
- Inkludere intervensjoner både i forhold til individ, sosialt miljø og arbeidsforhold
- Prosjektet bør dekke både primært og sekundært forebyggende arbeid
- Prosjektet bør iverksettes av et tverrfaglig team, og inkludere ulike tiltak som opp-trening, rådgivning og kartleggingsundersøkelser

Tiltaks effekter:

- Tiltak som er rettet mot alle arbeidstakerne i en organisasjon vil i liten grad lykkes hvis det viser seg at det er en liten prosent av de ansatte som står for fraværet. Man bør i større grad vurdere hvem som faktisk trenger oppfølging og ta i betraktning de sykemeldtes sosio-økonomiske bakgrunn når man planlegger tiltak
- Grundig kartlegging av arbeidsmiljøet og kartlegging av helseplager blant de ansatte er viktig for å lykkes
- Tiltak knyttet til fysisk aktivitet, livsstilsendring og ergonomisk tilrettelegging fungerer bedre enn opplysningstiltak og psykologiske intervensjoner
- Tiltak for stressreduksjon: individrettede tiltak, tiltak som både er rettet mot medarbeideren og arbeidsforholdene og organisatoriske intervensjoner gir små, men positive effekter på utbrenthet, helseplager og angst.
- Ergonomiske tiltak, fysioterapi og bruk av hjelpemidler ser ut til å ha effekt
- De fleste individrettede trivselstiltak har ingen påviselig effekt på sykefravær og nærvær, men kan ha en effekt på generell trivsel.
- Valg av turnusordninger kan ha en effekt
- Fysiske tiltak på arbeidsplassen slik som håndvask i sprit og tilgang til utstyr har en effekt
- Oppfølging av arbeidsulykker med forebyggende tiltak/aktiviteter

Ulike faktorerers betydning for å lykkes med helsefremmende tiltak:

- Tiltakene må ta utgangspunkt i medarbeidernes behov.
- Ledelsen må også delta i tiltakene
- Tiltakene må ta utgangspunkt i virksomhetens overgripende oppgaver og mål.
- Kommunikasjonen må være god.
- De ansatte må involveres.

Nøkkelfaktorer for et vellykket IA-arbeid er:

- Forankring i ledelsen
- Forutsetninger for IA-forankring knyttes til:
 - Leders engasjement, holdninger og verdier
 - Leders IA-ansvar og roller
 - Leders kunnskap og kompetanse om IA
 - Involvering og dialog
- Et godt tillitsforhold mellom ansatte og ledelsen
- Et godt samarbeid med BHT
- At BHT ikke kobler seg for tett opp mot ledelsen i virksomheten.
- Bruk av BHTs særskilte kompetanse på arbeidsmedisin.

2 Innledning og bakgrunn

Saman om ein betre kommune er et program for lokale utviklingsprosjekter. Programmet tar opp problemstillinger på fire områder, deriblant sykefravær¹. Målet er at deltakerkommunene skal etablere en nærværskultur og redusere sykefraværet gjennom å utvikle tiltak, opparbeide kunnskap og sikre erfaringsoverføring i kommunal sektor.

Kommunal- og regionaldepartementet har ansvaret for programmet og sekretariatet, og samarbeider med KS og hovedsammenslutningene om gjennomføring av programmet. En forutsetning for deltakelse er at det er god lokal forankring, der folkevalgte, ledere, medarbeidere og tillitsvalgte er involvert i utformingen og rapporteringen av prosjektet.

Enkelte av kommunene i *Saman om ein betre kommune* har et tradisjonelt sykefraværs fokus hvor man er opptatt av å unngå de faktorene som fører til sykefravær og utstøting, mens andre kommuner i større grad konsentrerer seg om nærværarbeid og helsefremmende arbeidsplasser. Sistnevnte er særlig opptatt av hvilke tiltak og faktorer som bidrar til å skape trivsel og velvære på arbeidsplassen. Slike tiltak har ikke nødvendigvis som konsekvens at sykefraværet reduseres. Formålet med denne rapporten er å presentere eksempler på forskning om sykefravær og nærvær til bruk for kommunene som deltar i *Saman om ein betre kommune* og andre interesserte kommuner. Denne litteraturoversikten inneholder både tradisjonelle studier om sykefravær og studier som i større grad er opptatt av hvilke faktorer som fremmer helse og trivsel på arbeidsplassen. Temaene i den utvalgte litteraturen er i stor grad bestemt av temaene en del av kommunene i *Saman om ein betre kommune* er opptatt av. Statuseren er derfor først og fremst ment som et kunnskapsbasert oppslagsverk for deltakerkommunene og andre kommuner som har behov for økt kunnskap om fraværs- og/eller nærværarbeid.

Den foreliggende rapporten vil være ett av utallige bidrag til forskningen på sykefravær og nærvær og den inneholder lenker til relevante nettsteder hvor kommuner kan finne mer informasjon om forskning på sykefravær og nærvær, tips og inspirasjon. Fordi det skal foreligge forskning på forskjellige temaer som de ulike kommunene skal jobbe med i *Saman om ein betre kommune* vil kunnskapsstatusen ikke kunne være uttømmende på alle områdene fordi det ville blitt alt for omfattende.

Det er viktig å være oppmerksom på at fravær ikke nødvendigvis er negativt i seg selv. Forskningen opererer gjerne med fire ulike perspektiver på sykefravær og nærvær. 1. *Negative fraværsfaktorer* er for eksempel: sykdom, mobbing, dårlig arbeidsmiljø og dårlig trivsel. 2. *Positive fraværsfaktorer* er: omsorgsarbeid for andre, omsorg for egen helse og høye krav til sunnhet på arbeidet. 3. *Negative nærværsfaktorer* er: dårlig samvittighet, angst for å miste jobben, frykt for tap av lønn og negative reaksjoner på arbeidsplassen ved fravær og 4. *positive*

¹ De tre andre områdene er heltid-deltid, omdømme og kompetanse.

nærværsfaktorer slik som høy trivsel, godt arbeidsmiljø, uunnværlighet og kollegers forventninger (Borg 2005).

Beste praksis finnes ikke

Litteraturen i denne oversikten viser at fraværs- og nærværsarbeid er en kontinuerlig prosess som man aldri kan slippe taket i og som må være godt forankret på alle nivåer i organisasjonen. Det finnes heller ingen beste praksis eller en oppskrift for hvordan redusere fraværet eller øke nærværet. Forskningen viser at de som lykkes best med dette arbeidet tar utgangspunkt i skreddersydde lokale løsninger, de er opptatt av forankring og de involverer medarbeiderne, de tillitsvalgte/verneombud i arbeidet. Et godt sykefraværs- og nærværsarbeid krever i tillegg kunnskap og ressurser.

En annen utfordring er at studiene i denne undersøkelsen i stor grad påpeker at det ikke finnes gode nok vitenskapelige studier som evaluerer effekten av de ulike sykefraværstiltakene som prøves ut. Mange tiltak kan få gode skussmål av de involverte, men det innebærer ikke alltid at man kan se en effekt på sykefraværet. Lie fra Uni helse i Bergen påpeker for eksempel at fornøydhet blant deltakerne ikke er et holdbart mål når det er retur til arbeidet effekten av tiltakene skal måles opp mot (Uni helse. Nyhetsbrev. Mars 2010). Men er man derimot opptatt av økt trivsel kan man tenke seg at fornøydhet med ulike tiltak kan tillegges vekt. Samtidig vil nok mange kommuner protestere mot dette fordi de har opplevd en reduksjon i sykefraværet etter å ha testet ut ulike tiltak. Idebanks hjemmesider er fulle av slike eksempler. Men ofte kan effekten av tiltakene tilskrives andre forhold enn det man rent intuitivt skulle tro. Det utføres mye og godt sykefraværsarbeid i norske kommuner, men det er mulig Odeen m.fl. (2013) har rett når de mener at man kanskje heller burde fokusere på langsiktige tiltak som bidrar til helse og jobbtilfredshet fremfor å teste ut ulike redskaper for å oppnå en rask reduksjon i sykefraværet.

3 Metode og utvalg

Denne kunnskapsstatusen vil ikke være en kunnskapsstatus i vanlig vitenskapelig forstand med stringente søkekriterier og siling av undersøkelsene i henhold til strenge inklusjonskriterier². Vi har valgt en metodikk hvor vi har nøstet ut i fra vår kjennskap til problematikken. Det har vært en form for snøballmetodikk hvor vi har foretatt ulike søk på nettet og nøstet i referanser i ulike studier vi har ansett å være interessante og relevante for kommunene. Litteraturen omfatter kunnskapsstatuser, kunnskapsstatuser over kunnskapsstatuser, større norske, svenske og danske studier som omhandler sykefravær, nærvær, helse og trivsel samt casestudier. Enkelte av studiene omfatter flere ulike kommunale sektorer og i enkelte studier finner man en blanding av kommunale og private virksomheter. Litteraturen i denne kunnskapsoversikten er i hovedsak basert på norske, svenske og danske undersøkelser og hovedsakelig i perioden fra 2007-2012. Men det er også enkelte referanser til studier utenfor Norden. Det skyldes i hovedsak at de nordiske studiene referer til disse. Litteraturen som er

² Det er skrevet flere grundige kunnskapsstatuser på sykefravær de senere årene. Se for eksempel Osborg Ose m.fl. 2006, Osborg Ose 2010 og Gamperiene m.fl. 2007.

valgt ut er ment å gi utdypende kunnskap om generelle sykefraværs- og nærværsfaktorer og oversikten er i tillegg ment å fungere som et kunnskapsbasert oppslagsverk for kommunene.

Vi har valgt å presentere undersøkelser som kan være interessante og relevante for norske kommuner, og særlig kommunene som er knyttet til prosjektet *Saman om ein betre kommune*. Vi har derfor gått bredt ut for å finne undersøkelser som kan bidra til å belyse årsaker til sykefravær, risikofaktorer knyttet til sykefravær, nærværsfaktorer og hvilke tiltak forskningen har vist at virker eller eventuelt ikke virker. Skal man med en viss sikkerhet kunne si hva som virker og ikke virker krever dette vitenskapelige undersøkelser med gode design og metodevalg. Vi fant ikke mange slike undersøkelser, men de vi fant hadde i stor grad sammenfallende resultater.

I tillegg til mer generelle studier om årsaker til sykefravær har vi også inkludert enkelte casestudier («eksempelstudier»). Casestudier kan forstås som:

«en forskningstilnærming som vektlegger inngående studier av ett eller noen få tilfeller, til forskjell fra kvantitative studier, som innhenter informasjon om et langt større antall enheter» (Antonsen i Hepsø og Kongsvik 2009:155).

Tradisjonelt har casestudier blitt oppfattet som mindre vitenskapelige enn de mer tradisjonelle kvantitative eller statistisk baserte studiene. En vanlig innvending har vært at casestudier ikke tilfredsstiller kravene til statistisk representativitet og at funnene fra slike undersøkelser ikke er generaliserbare. Samtidig er det gjerne slik at funn i ett case eller virksomhet kan være representativt for flere og på den måten kan casestudier ha et element av generaliserbarhet i seg (Antonsen i Hepsø og Kongsvik 2009:154-155). Casestudier tar utgangspunkt i en spesifikk kontekst og de tiltakene som fungerer i en virksomhet vil ikke nødvendigvis fungere i en annen. Dette er et viktig poeng og et poeng som forskningen i denne oversikten peker på. Lokal tilpasning blir således et viktig nøkkelord. Det man i større grad kan gjøre er å lage gode sjekklister for hvordan man kan jobbe systematisk med sykefraværs- og nærværstiltak.

Fordi mange rapporter undersøker flere temaer vil noen rapporter være plassert i flere tabeller. Av norske bidrag er det særlig undersøkelser utført av Sintef som går igjen. I tillegg er det en rekke kunnskapsstatuser - både norske og nordiske - som blir referert til under ulike tematiske overskrifter og som følgelig også vil være plassert i flere tabeller. Tabellene inneholder også noen relevante nettadresser, men hovedoversikten over disse er finnes i kapittel 12. Fordi kunnskapsstatusen omfatter så mange ulike temaer vil det kun være noen få referanser under hvert kapittel og det betyr også at man som leser kanskje vil savne enkelte bidrag. Vi har særlig referert fra ulike kunnskapsstatuser fordi de samlet sett dekker mye av den relevante forskningen og fordi de holder høy kvalitet. Kunnskapsstatusene er også et godt utgangspunkt for å lete etter relevant forskning for den enkelte kommune.

3.1 Ulike tiltaks effekter

Litteraturoversikten er en blanding av ulike studier på både samfunns-, virksomhets- og individnivå som på ulike måter tar opp problematikken knyttet til sykefravær og nærvær. Studiene har derfor ulike innretninger, ulike perspektiver og vil til dels også måle effekten av ulike faktorer. Studiene og deres funn kan dermed ikke direkte sammenlignes med hverandre.

Fordi man ofte ikke kjenner til ulike undersøkelsers generaliserbarhet (eksterne validitet) må man være oppmerksom på at effekter funnet i en studie i ett land ikke nødvendigvis vil være gyldige i Norge (Skollerud 2008). Samtidig viser de nordiske studiene sammenfallende funn.

Mange norske og internasjonale studier viser at det er en sammenheng mellom ulike forhold i arbeidsmiljøet og sykefravær, men utfordringen i slike studier består i å vise sammenhengen mellom arbeidsmiljøinnsatser og deres effekter (Eklund m.fl. 2006³). Det samme gjelder for helsefremmende intervensjoners effekt, slik som for eksempel fysisk aktivitet på korsryggproblemer (Eklund m.fl. 2006). Det er likevel ikke slik at fordi studiene ikke fyller strenge vitenskapelige krav så har de ingen interesse. Det finnes mye litteratur som viser positive effekter av ulike tiltak (Eklund m.fl. 2006, Källestål (red.) 2004). Utfordringen med slik litteratur er at den kan være av varierende kvalitet, at den har hatt ulike ambisjoner og krav til utførelse. Samlet kan det gjøre det vanskelig å vise til generelle funn i slike undersøkelser, men de kan likevel være interessante hver for seg (Källestål (red.) 2004). Vi har derfor valgt å vise til slike studier i denne oversikten.

Forskningen på temaet sykefravær er enorm så vi har særlig konsentrert oss om forskning som omhandler arbeidsmiljø – primært det psykososiale arbeidsmiljøet, ledelse, organisatoriske forhold og helsefremmende arbeidsplasser. Disse temaene vil ofte gli over i hverandre og det betyr at enkelte studier ofte vil bli nevnt og vil figurere under mange ulike tematiske overskrifter.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har noen klare inklusjonskriterier i denne oversikten og det er at studiene skal være gratis tilgjengelig elektronisk slik at kommunene enkelt skal kunne skaffe seg den omtalte litteraturen. Det innebærer blant annet at de artiklene det refereres til finnes i tidsskrifter med såkalt «open access». Det vil si at artiklene er fritt tilgjengelig på nettet og at man ikke må abonnere, eller betale for å få tilgang til dem. Et annet inklusjonskriterium har vært at publikasjonen skal foreligge på norsk, svensk eller dansk og at de skal være fra perioden 2007-2012⁴. Dette for å øke lesetilgjengeligheten, og senke terskelen for å undersøke litteraturen nærme-

³ https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4363/1/ah2006_17.pdf

⁴ Det er for øvrig noen unntak knyttet til dette kriteriet. Hvis vi mener at det er særskilt relevante studier som er publisert før/etter denne perioden og/eller som er engelskspråklig har vi likevel valgt å ta dem med.

re. Den utvalgte litteraturen er ment å gi et overblikk over feltet og fungere som inspirasjon til å gå dypere inn i problematikken ved at referanser i litteraturen kan gi kommunene muligheter for å nøste videre i problematikken de finner særlig interessant.

Norsk og nordisk forskning viser at det er store forskjeller i sykefravær mellom ulike sektorer, type yrke og type virksomhet, men samtidig kan man oppleve store forskjeller i fravær og nærvær i enkeltavdelinger i samme virksomhet. Det tyder på at sykefravær og nærvær også må knyttes til faktorer lokalt og helt ned på avdelingsnivå. Forskningen viser for eksempel at det er en sammenheng mellom lav grad av sosial støtte i arbeidet og lav grad av sosiale støtte fra leder og sykefravær. Stress, mobbing og konflikter er andre forhold på lokalt nivå som kan bidra til sykefravær. Vi har derfor også valgt å se på studier som omhandler arbeidsmiljø og ledelse både i et tradisjonelt sykefraværsperspektiv og i lys av perspektivet helsefremmende arbeidsplasser.

Vi har inkludert studier som undersøker forebygging og i noen grad forskning med et rehabiliteringsperspektiv. Vi har valgt dette fordi vi mener at primærforebyggingen som skjer på den enkelte arbeidsplass er viktig for å oppnå et godt og helsefremmende arbeidsmiljø for alle og fordi vi mener at det er på dette området mange arbeidsgivere har størst mulighet for å redusere sykefraværet og øke nærværet og trivselen på arbeidsplassen i et langtidsperspektiv. I den grad kommunene lykkes med dette arbeidet blir behovet for sekundærforebygging, slik som oppfølging av sykemeldte og samhandling med NAV og sykemelder mindre.

Vi har også inkludert en lenkeoversikt som viser til aktuelle forskningsmiljøer og andre relevante norske, svenske og danske miljøer som er mer praksisorientert og som kan ha utarbeidet tips og eksempler på verktøy som man som arbeidsgiver kan benytte i sitt sykefravær-/nærværarbeid. Denne forskningsstatusen fungerer derfor på mange måter også som en erfaringsoversikt på sykefravær- og nærværarbeidsfeltet.

Når det gjelder eksklusjonskriterier kan vi særlig nevne at vi har valgt å ekskludere master-/ hovedfagsoppgaver. Vi har også valgt å ikke inkludere studier om seniorpolitiske tiltak fordi dette er et stort felt i seg selv og det er derfor ikke rom for dette i denne studien. Vi har heller ikke inkludert studier om tiltak for gravide av samme årsak. Vi har også utelatt forskning som hovedsakelig forklarer sykefravær ut i fra et økonomisk perspektiv.

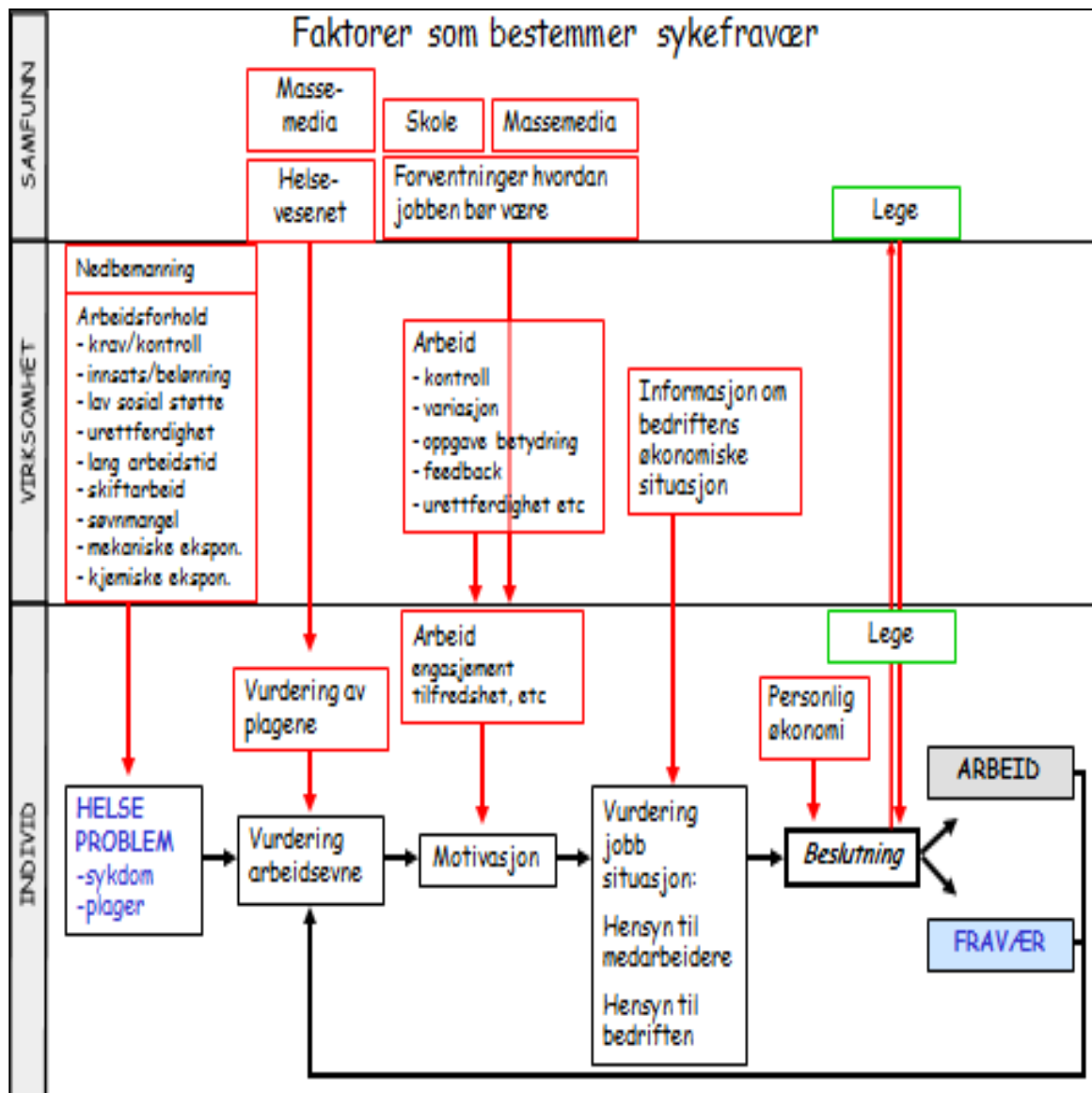
Den foreliggende statusen inneholder også lenker til forskning på sykefravær og nærvær på et mer generelt nivå. Denne forskningen vil til dels være sektorovergripende og peke på faktorer som ser ut til å gjøre seg gjeldene for alle arbeidstakeres helse og trivsel eller dårlig helse i en arbeidskontekst uavhengig av sektor. Vi mener det er viktig å ha kunnskap også om dette fordi det kan gi arbeidsgivere innsikt i hvilke overordnede mekanismer som kan bidra til å skape fravær og nærvær og som dermed kan danne et kunnskapsbasert rammeverk rundt eget fravær- og/eller nærværarbeid. Slike studier sier også noe om at debatten om helse og arbeid ikke bare hører hjemme på den enkelte arbeidsplass fordi de indikerer at det er en rekke forhold på samfunnsnivå som blant annet handler om sosio-økonomiske forhold og generelle rammebetingelser for arbeidet som skal utføres.

4 Om sykefravær og årsaker til sykefravær

4.2 Sykefraværets kompleksitet

Sykefravær er et komplekst felt som bestemmes av mange ulike faktorer på ulike nivåer og som påvirker hverandre på ulike måter, og med ulik styrke. Knardahl ved STAMI (www.stami.no) viser til denne kompleksiteten og har utarbeidet en modell som illustrerer at sykefravær kan ha sine årsaker både i individet, i virksomheten og i samfunnet. Han viser derfor til at sykefravær må forstås ut fra en biologisk-psykologisk-sosial modell, eller det han kaller en biopsykososial modell som er gjengitt i figur 4.1. Det figuren først og fremst synliggjør er kompleksiteten knyttet til faktorer som bestemmer sykefravær. Den synliggjør *sammenhengen* mellom arbeidsmiljøfaktorer på samfunnsnivå, virksomhetsnivå og individnivå og den sier noe om hva arbeidsgiver kan gripe tak i og hva som er utenfor arbeidsgivers handlingsrom.

Figur 4.1 Faktorer som bestemmer sykefravær. Hentet fra www.stami.no



4.3 Sykdom og helse

Den norske folkehelsen har blitt stadig bedre, men samtidig ser dette i liten grad ut til å gjenspeiles i sykefraværstallene. Forskere forsøker å forklare hva dette kan skyldes og vanlige forklaringer på dette har blant annet vært at Norge har en svært høy yrkesdeltakelse og at inkludering av arbeidstakere med ulike helseutfordringer nødvendigvis vil bidra til å holde

fraværstallene på et visst nivå. Andre påpeker at sykefraværstallene rommer fravær som ikke bare handler om sykdom i strengt bio-medisinsk forstand (Johannisson 2008, Lundin 2008, Sterud 2010, Lien og Gjernes 2009⁵). Det innebærer at kategorien sykefravær rommer tilstander som strengt tatt ikke er medisinsk begrunnet, eller som er vagt medisinsk begrunnet. Sykefraværstallene er dermed ikke nødvendigvis et uttrykk for sykkelighetstilstanden i befolkningen, men kan blant annet være et uttrykk for (den opplevde) helsetilstanden i befolkningen. Fravær fra arbeidsplassen kan på samme måte være uttrykk for sammensatte problemer knyttet til den enkelte ansatte og/eller forhold på den enkelte arbeidsplass, og ikke sykdom i biomedisinsk forstand.

Ordet «sykdom» dekker i Norge mange ulike aspekter ved det videre begrepet ”helse” og det kan være en mulig årsak til at sykefraværstallene oppleves som å være høye tatt i betraktning at den generelle folkehelsen aldri har vært bedre. Den manglende språklige nyanseringen når vi snakker om sykdom og sykefravær og trygdens rigide forståelse av sykdom kan også bidra til å dekke over viktige forklaringer på det mange oppfatter som høye sykefraværstall. En tåkelegging av hva sykefraværstallene *egentlig* inneholder vil kunne skape utfordringer for sykefraværarbeidet i virksomhetene og kunnskapen om tiltaks effekter/ikke effekter kan bli påvirket av dette. Setter man i gang tiltak på feil premisser vil antakeligvis tiltakets effekter påvirkes av dette. Gode tiltak kan dermed forkastes på feil grunnlag.

4.4 Perspektiver på sykdom og helse

Forutsetningen for å ha krav på sykepenger er at det skal være en (årsaks)sammenheng mellom den medisinske lidelsen og nedsatt arbeidsevne. Regelverket presiserer at andre typer av problemer som er knyttet til sosial eller økonomisk art ikke gir rett til sykepenger. Samtidig tyder alt på at sykemeldinger ikke kun blir gitt til arbeidstakere med biomedisinske problemer, men også til arbeidstakere som har utfordringer av mer sosial karakter, og som kan være knyttet til privatlivet og/eller arbeidsplassen. I slike tilfeller er det mer naturlig å benytte begrepet helse som ikke bare rommer biomedisinske tilstander, men som også tar hensyn til individets totale livssituasjon og egen forståelse av helse.

Det er flere studier som kritiserer den biomedisinske forståelsen av sykdom fordi den ikke innlemmer psykososiale faktorer som man vet har betydning for fravær og nærvær. De peker på at man også må se sykdom som noe som er kulturelt betinget og tidsrelativt. I deler av litteraturen blir begrepet kultursykdom benyttet. En kultursykdom er en sykdom som i et spesielt tidsrom spres i samspill med kulturen via normer og forestillinger (Johannisson 2008, Lundin 2008). Det vil eksempelvis være sykdommer med diffuse symptomer, sykdommer som vil forsvinne med tiden til fordel for nye diagnoser, eller det kan skyldes endringer i synet på om en gitt sykdom fortsatt skal oppfattes som en sykdom eller ikke (Jo-

⁵ <http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=10606>
<http://jobb.lakartidningen.se/2008/temp/pda35764.pdf>
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/NOU-2010-13/Kunnskapsoppsummering-Betydningen-av-arbeidsfaktorer-for-sykefravar.pdf>
http://nordlandsforskning.no/files/Rapporter%202009/rapp_11_09.pdf

hannisson 2008:3129). Denne kulturelle forståelsen av sykdom tolker opplevd dårlig helse i lys av meningsbærende sammenhenger hvor blant annet kjønn, klasse og en generell opplevelse av slitenhet og det å ikke strekke til blir en del av forståelsesrammen (Johannisson 2008).

Lundin (2008) peker på distinksjonen man har på engelsk mellom «disease», «illness» og «sickness», hvor sistnevnte knyttes til sykerollen, som omgivelsene i mange tilfeller vil sanksjonere. «Disease» handler om sykdom i tradisjonell biomedisinsk forstand med klare medisinske diagnoser mens «illness» er knyttet til den mer subjektive opplevelsen av å ikke føle seg frisk. Han viser til at det oftest er «illness» som gjør at folk kontakter legen og at «illness» kan være symptomer av ulikt slag som det å kjenne smerte og det å føle seg trøtt og nedstemt. I Sverige utgjør pasientgruppen med subjektivt opplevde symptomer anslagsvis 30 prosent av legers kliniske konsultasjoner (Lundin 2008). Tveito (påpeker i sin PhD-avhandling at slike subjektive helseplager står for mer enn 50 prosent av sykefraværet i Norge og at muskel- og skjelettlidelser, som er en undergruppe av subjektive helseplager, utgjør om lag halvparten av dette (Tveito 2006).

Det er altså flere faktorer som spiller inn når man snakker om helse og sykefravær. Og vurderingene knyttet til helse og arbeidsevne vil gå langs flere og ulike dimensjoner. I den grad legene finner ut at en person ikke er syk i følge biomedisinske definisjoner, vil pasienten bli vurdert ut fra funksjonsnivå eller arbeidsevne. Denne vurderingen vil gjøres i samsvar med pasienten og det innebærer at pasienten kan bli definert som for syk til å jobbe selv om det ikke foreligger en konkret sykdomsdiagnose.

Selv om forskningen fremdeles er dominert av hvilke risikofaktorer som påvirker sykefravær har det de senere årene dukket opp flere og flere studier som har en helsefremmende tilnærming. Denne tilnærmingen forstår arbeidstakeren i et holistisk perspektiv hvor både organisasjonsmennesket og det private individet blir tillagt vekt i arbeidet med å øke medarbeiderens helse, velvære og trivsel på arbeidet. Men den nordiske forskningen har blitt kritisert for at helsefremmende arbeid i for stor grad handler om livsstilsendring fremfor arbeidsmiljørettet arbeid (Torp, Eklund og Thorpenberg 2011⁶).

4.4.1 Om begrepene langtidsfrisk og sykenærvær

Begrepet langtidsfrisk ble for første gang introdusert av den svenske bedriftslegen, Johnny Johnsson, på Stora Enso Fors. Langtidsfrisk skal forstås som: «(...) å måle summen av bedriftskulturen, ledelsen, lederskapet og det nettverket og de aktivitetene som finnes på og utenfor jobben. Andelen langtidsfriske er altså er statistisk mål på gruppenivå som måler helheten» (Johnsson m.fl. 2006:106⁷). En ansatt som er langtidsfrisk blir definert som en medarbeider som har vært ansatt i minst tre år og som ikke har hatt sykefravær de siste to årene. Langtidsfrisk handler om å vende fokuset vekk fra sykdom til hva som bidrar til at

⁶<http://ped.sagepub.com/content/18/3/15.abstract>
<http://ocmed.oxfordjournals.org/content/63/1/7.full.pdf+html>

⁷ http://www.langtidsfrisk.se/no/startside_norsk/

ansatte og virksomhet holder seg friske. Johnsson m.fl. (2006: 106) fant fire helsefaktorer som er viktig for å oppnå flere langtidsfriske i virksomheten:

1. Bevisst organisasjon og klare mål
2. Kreativt miljø
3. Rådgivende lederskap
4. Åpent arbeidsklima

Videre viser de til elleve ulike faktorer som karakteriserer de langtidsfriske. De:

1. trives svært godt på arbeidsplassen
2. har færre antall fysiske og psykiske plager
3. opplever fysisk belastning som mindre plagsomt enn kontrollgruppen
4. ser positivt på arbeidet sitt
5. er mindre nedtrykte
6. er mindre plaget av søvnforstyrrelser
7. er ikke bekymret for helsen sin
8. er fremtidsoptimister
9. opplever god stemning på arbeidsplassen
10. trimmer men enn fem ganger i uken
11. føler tilhørighet

En svensk studie fra Arbetslivsinstitutet⁸ som undersøkte hva som karakteriserte langtidsfriskes arbeidsvilkår fant følgende (Aronsson og Lindh, 2004⁹):

- Langtidsfriskhet følger den tradisjonelle arbeidsmarkedsstrukturen hvor andelen med flest langtidsfriskhet jobber innenfor teknologi, IKT og kontor og andelen med lavest langtidsfriskhet jobber innenfor omsorg, skole og industri.
- Langtidsfriskhet kan knyttes til faktorer på arbeidsplassen slik som at man:
 - Er i riktig yrke og på rett arbeidsplass
 - Får støtte fra sjefen
 - Har passe med tidspress
 - Har høy grad av kontroll
 - Opplever å ha nok ressurser til å gjøre en god nok jobb
 - Opplever å være fornøyd med kvaliteten på den jobben man gjør
- Langtidsfriskhet kan knyttes til faktorer i privatlivet slik som:
 - Privatøkonomi
 - Arbeidsbelastning
 - Relasjoner til nærstående personer

⁸ Arbetslivsinstitutet ble politisk vedtatt lagt ned i 2007.

⁹ http://www.starckpartner.se/dokument/langtidsfriskas_arbetsvilkor.pdf

Sykenærvær innebærer at man jobber til tross for at man er syk/har symptomer på sykdom. Mikkelsen m.fl. (2008¹⁰) viste i en større undersøkelse at 70 prosent av deltakerne i et prosjekt om sykefravær og utstøting fra arbeidsmarkedet (ASUSI-prosjektet) hadde i løpet av det siste året gått på jobb selv om de egentlig mente at de var så syke at de kunne blitt hjemme. Sykenærværet ble i stor grad begrunnet ut fra hensyn til kolleger (77 %), hensyn til kunder/pasienter/klienter (60 %), fordi arbeidet ville hope seg opp (55 %) og fordi man er opptatt av å ha lavt sykefravær (57 %). Sykenærvær kan være både positivt og negativt. I enkelte tilfeller snakker man om mestringsnærvær som kan forstås som en form for sykenærvær. Det kan forstås slik at å være tilstede på jobb gir en bedre helseopplevelse enn ved å være hjemme (Geving, Torp, Hagen og Vinge i 2011 i Vinje og Ausland udatert). Mestringsfravær brukes gjerne i forbindelse med forskning på helse og korttidsfravær og i forbindelse med stressforskning. Forskning viser at denne typen av fravær kan brukes for å mestre belastningslidelser. Det innebærer at kroppen og den enkeltes forståelse av egen kropp er viktige elementer i en slik analyse (Dahl-Jørgensen m.fl. 2002).

En svensk studie (i Hultberg m.fl. 2010:15¹¹) hevder at sykefravær ikke er et godt nok mål for grupper av ansatte med lave inntekter og grupper av ansatte som er vanskelig å erstatte med andre. Det påpekes at det er deres arbeidssituasjon som gjør at de går på jobb til tross for at de er syke. Forskerne mener derfor at sykenærværsvariabelen bør tas med når virksomheter skal sette i gang tiltak for å bedre de ansattes helse. De er opptatt av såkalt balansert nærvær som kombinerer lavt sykenærvær (maks ett tilfelle per år) med lavt sykefravær (maks syv dager per år). Undersøkelsen viste at de som oftest var på jobben, men som valgte å være hjemme ved sykdom i større grad meldte om mindre grad av stress.

Funn fra en større undersøkelse fra Sintef (Osborg Ose m.fl. 2012) tyder på at det er en generell aksept for å være sykenærværende i perioder i norske virksomheter og at holdningen til tilrettelegging generelt sett er positive hos arbeidsgiverne.

I Bergen har man utviklet et veiledningsverktøy for ledere som jobber med nærværsarbeid i prosjektet: Nærværsprosjekt. Dette veiledningsverktøyet - Nærværskompasset - kan man laste ned på Idebanks hjemmeside:

<http://www.idebanken.org/Forside/Artikler/Nytt+lederverkt%C3%B8y+i+N%C3%A6rv%C3%A6rsprosjektet.249803.cms>

¹⁰ <http://www.asusi.dk/publikation/Asusirapport.pdf>

¹¹ <http://stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Instituttet%20f%C3%B6r%20stressmedicin/Publikationer/ISM-broschyren/ISM-rapport%209%20Kortversion.pdf>

Full versjon:

<http://stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Instituttet%20f%C3%B6r%20stressmedicin/Publikationer/ISM-rapporter/ISM-rapport%209%20.pdf>

Temaområde: Sykefravær – Perspektiver på sykdom og helse			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type som-het/ sektor	Type publikasjon
Johannisson (2008): Om begrepet kultursjukdom.			Artikkel i Läkartidningen (Tilsvarende: Tidsskrift for den norske legeforening)
Mikkelsen (2008): ASUSI-projektet - et projekt om Arbejdsmiljø, Sygefravær, Udstødning, Social Arv og Intervention. Sluttrapport.	Registerdata. Survey til 14241 personer. Større prosjekt som belyser sykefravær og utstøting i et livsløpsperspektiv. Årsakene til sykemeldinger - undersøker virkningen av arbeidsmiljø, forhold under oppveksten, livsstil og «rangordningen» på arbeidsplassen m.m. Ny måling 1 år etter.	Flere	Rapport. Center for forskning i Arbejd, Helbred og Sygefravær
Lien og Gjernes (2009): - Miljøet hos oss er helt konge!	Intervjuer og survey	Kommunale sykehjem og barnehager	Rapport. Nordlandsforskning
Lundin (2008): Kultursjukdomarna – den subjektive ohälsans olika ansikten.			Artikkel i Läkartidningen (Tilsvarende: Tidsskrift for den norske legeforening)
Tveito, T.H. (2007): Sick Leave and Subjective Health Complaints.	Litteraturoversikt av 17 vitenskapelige artikler.	Flere. Blant annet helse-sektoren og barnehager.	Artikkel. Occupational Medicine.
Sterud m.fl. (2010): Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet.	Kunnskapsstatus. Utredning for HODs utvalg for å utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren.	Helse- og omsorgssektoren	Rapport.
Eklund m.fl. (2006): Arbetsmiljöarbete och effekter - en kunskapsöversikt.	Kunnskapsstatus. Del av et større prosjekt SMARTA (Strategier, metoder och arbetsätt för fungerande arbetsmiljöarbete).		Rapport.
Hultberg m.fl. (2010): Kunnskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. ISM-rapport 9/2010. Kortrapport:	Verktøy		
Aronsson, G. og Lindh, T. (2004:10): Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie:	Data fra prosjektet «Utbränning i Sverige». Representativt utvalg ifm arbeidskraftundersøkelse. N=2279. To undersøkelsestidspunkt H2000 og H2001	Flere, blant annet omsorg og skole	Rapport. Arbeidslivsinstituttet
Torp, Eklund og Thorpenberg (2011): Research on workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986-2008	Litteraturoversikt. Metaanalyse. Danske, islandske, norske, finske, og svenske studier. Særlig svenske og finske. Mest fokus på atferdsendring fremfor holistisk helseperspektiv. 116 studier og 33 med intervensjoner.		Artikkel. Global Health Promotion
Johnsson m.fl. (2006): Langtidsfrisk.			Bok og nettsted
Bergen kommunes prosjekt: Nærværarbeid. Veiledningsverktøy for ledere.	Verktøy		

4.5 Samfunnsnivå, virksomhetsnivå og individnivå

I den offentlige debatten kan man få inntrykk av at problemet med sykefravær er noe som rammer store deler av arbeidsstyrken, men forskning viser at sykefravær ikke rammer tilfeldig. Sannsynligheten for om en arbeidstaker blir sykemeldt er blant annet knyttet til demografiske forhold, sosio-økonomiske forhold og egenvurdert helse (Labriola m.fl. 2007¹², Osborg Ose m.fl. 2011¹³, Tveito 2006) og ser man nærmere på tallene viser de at det er mellom 10-20 prosent av arbeidstakerne som står for 80 prosent av fraværet (Labriola m.fl. 2007, Tveito m.fl. 2007).

Tveito m.fl. 2007 påpeker at tiltak/intervensjoner som er rettet mot alle arbeidstakerne i en organisasjon i liten grad vil lykkes hvis det viser seg at det er 10 prosent av de ansatte som står for fraværet. Det man i større grad må gjøre er å se nærmere på hvem som faktisk trenger oppfølging og man må ta i betraktning de sykemeldtes sosio-økonomiske bakgrunn når man planlegger tiltak.

Studiene i denne oversikten har ulike perspektiver og ulike metoder som alle på sitt vis bidrar til å forklare ulike sammenhenger og årsaker til sykefravær. Forskningen har i stor grad vært opptatt av å kartlegge risikofaktorer - hvilke faktorer som øker sannsynligheten for sykefravær. Resultatene fra denne forskningen har klare likhetstrekk på tvers av landegrensene. Funnene fra den norske, svenske og danske forskningen viser at faktorer på samfunns-, virksomhets- og individnivå kan bidra til å forklare sammenhenger og årsaker til sykefravær:

- Det er forskjeller mellom sektorer, yrker og profesjoner og hvor kommunal sektor gjennomgående har høyere sykefravær enn privat sektor og at jobber innenfor helse- og sosialsektoren særlig er utsatt for sykefravær.
- Det er geografiske forskjeller i sykefravær hvor fraværet generelt er høyere i rurale områder.
- Det er sammenheng mellom sosial arv og sykefraværslengde.
- Det er sammenheng mellom hyppig fravær og økt sannsynlighet for langvarig sykefravær.
- Det er forskjeller i fravær knyttet til demografi (kjønn, utdanning og alder).
- Det er store sosio-økonomiske forskjeller i antall sykefravær og varigheten på fraværene.
- Det er større sannsynlighet for at tidligere sykemeldte blir sykemeldt igjen, blir arbeidsløse eller førtidspensjonert.
- Det er kjønnsforskjeller i sykefravær og hvor kvinner har større fravær enn menn.
- Egenvurdert helse betyr mye for om man blir borte fra jobb eller ikke.
- Sykefravær henger sammen med dårlig psykisk helse.
- Røyking og stor overvekt øker risikoen for sykefravær.

¹² <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Ubekendte/resultater-sygefravaer.pdf>

¹³ <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A18235>

På virksomhetsnivå viser forskningen at det er sammenheng mellom:

- Lav grad av sosial støtte og lederstøtte og sykefravær
- Rollekonflikter og sykefravær
- Motstridende krav i arbeidet og sykefravær
- Høye emosjonelle krav og sykefravær
- Krav om å skjule følelser og sykefravær
- Opplevelse av stress og sykefravær
- Sykefravær og liten innflytelse og kontroll i arbeidet
- Økt risiko for langtidssykefravær, jo mer belastende arbeidet er
- Sykefravær og faktorer i det fysiske arbeidsmiljøet
- Arbeidsmiljø og sykefravær
- Mobbing og sykefravær
- Økning i langtidssykefraværet når man har en kombinasjon av fysisk tungt arbeid og negative psykososiale påvirkninger. Det betyr at visse kombinasjoner av psykososiale og fysiske faktorer forsterker hverandre innbyrdes
- Økt risiko for sykefravær på grunn av fysiske arbeidsmiljøfaktorer på arbeidsplasser hvor medarbeiderne er utilfredse med ledelsen

(Labriola m.fl. 2007, Osborg Ose m.fl. 2011, Osborg Ose m.fl. 2006¹⁴, Vaez og Voss 2009¹⁵, Mikkelsen 2008¹⁶, Szücs m.fl. 2003¹⁷, Foss og Skyberg 2008¹⁸, Knudsen m.fl. 2009¹⁹, Tveito 2007).

Det oversikten ovenfor først og fremst illustrerer er at sykefravær er et komplekst felt hvor løsninger må finnes på ulike nivåer og arenaer, men samtidig tydeliggjør forskningen at mange av risikofaktorene er knyttet til trekk ved arbeidet og forhold på den enkelte arbeidsplass. Enkelte studier anslår at så mye som 40-50 prosent av langtidssykefraværet er arbeidsrelatert (Osborg Ose m.fl. 2006).

I tillegg viser forskningen at arbeidsmiljøfaktorer generelt forklarer mer enn individuelle livsstilsfaktorer og at arbeidsmiljøfaktorer betyr mindre for sykemeldtes tilbakekomst til arbeid, jo lengre en person er fraværende fra jobb. Mange av disse faktorene ser også ut til å bidra til dårlig psykisk helse (Major m.fl. 2011²⁰).

Enkelte kommuner opplever store forskjeller i sykefravær i en og samme virksomhet (Lien og Gjernes 2009). Dette er interessant for da snakker man om grupper av ansatte med samme type utdanning og bakgrunn som utfører likeartede arbeidsoppgaver og hvor ressur-

¹⁴ <http://www.sintef.no/upload/Helse/%C3%98KT/Pdf-filer/Sykefrav%C3%A6r.pdf>

¹⁵ http://www.afaforsakring.se/Global/Analys/Arbesskaderapporten/%C3%96vriga%20rapporter%20om%20arbetsskador/arbetsskaderapport_hot-vald-kl_slutversion-web-2%5B1%5D.pdf

¹⁶ <http://www.asusi.dk/publikation/Asusirapport.pdf>

¹⁷ <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/4304>

¹⁸ <http://www.stami.no/sykefravar-i-ulike-bransier>

¹⁹ http://vbn.aau.dk/files/18753861/MEDEA-Samlet-rapport-d-04-11_1_.pdf

²⁰ <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

sene i form av økonomi og personell i stor grad er de samme. Skal man finne mer ut om sykefravær og nærvær trekkes man dermed ned på arbeidsplassnivå hvor arbeidsmiljø, ledelse, organisatoriske faktorer, samhandling og individuelle faktorer er interessante og relevante forklaringsvariabler.

Temaområde: Sykefravær – Årsaker til fravær			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publikasjon
Labriola m.fl. (2007): Resultater af sykefraværersforskning 2003-2007.	Intervjuer, surveys og registeropplysninger i perioden 2003-2007.	Privat og offentlig sektor	Rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Ose m.fl. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene.	Arbeidsgiver- og arbeidstaker-registeret, intervjuer, spørreskjema, data fra evalueringen av IA-avtalen	Kommunal pleie- og omsorgssektor	Rapport. Sintef
Osborg Ose m.fl. (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger.	Kunnskapsstatus		Rapport. Sintef
Vaeg og Voss (2009): Våld och hot om vold som ett arbetsmiljöproblem. En longitudinell studie av 9000 kommun- och landstingsanställda.	Enketer. Longitudinell studie. 9000 ansatte i kommuner/fylkeskommuner.	Kommuner og fylkeskommuner	Rapport. Karolinska institutet for AFA Försäkring
Mikkelsen (2008): ASUSI-projektet - et projekt om Arbejdsmiljø, Sygefravær, Udstødning, Social Arv og Intervention. Slutrapport.	Survey og registerdata, livsløpsperspektiv.	Alle sektorer	Rapport.
Szücs m.fl. (2003) <i>Organisatoriska faktorers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner.</i>		Kommuner	
Foss og Skyberg (2008): Sykefravær i ulike bransjer: Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen (kortrapport).	HUBRO, FD-Trygd, Bedrifts- og foretaksregisteret og RTVs IA-register	Personer i yrkesaktiv alder	Rapport. STAMI
Major m.fl. (2011): Bedre føre var...	Kunnskapsstatus		
Knudsen m.fl. (2009): Medarbejderdeltagelsens betydning for arbejdsmiljøets kvalitet.	Casestudie, intervjuer, spørreskjema, dokumentstudier	Grunnskole, sykehus, næringsmiddelindustri, hotell, bank og IT	Rapport. Institut for samfundsudvikling og planlægning
Tveito, T.H. (2007): Sick Leave and Subjective Health Complaints.	PhD-avhandling		PhD-avhandling

5 Kjønn og sykefravær

Kvinner og menn er ulike både i anatomisk og biologisk forstand og kjønn er derfor et viktig utgangspunkt for å forstå helse, sykdom og sykefravær. Kvinner har til dels andre sykdommer enn menn, enkelte sykdommer arter seg forskjellig for kvinner og menn og kvinner opplever i større grad enn menn å ha diffuse symptomer og flere smertepunkter enn menn. En stor utredning fra 1999 (NOU 1999: 13 s. 3-4) som undersøkte kvinners helse i Norge viser at man for å forstå kvinners helse må ta i betraktning flere andre dimensjoner enn kun den biologiske. De peker på kjønn som identitet – hvordan man opplever seg selv som mann eller kvinne – og som kultur – hvordan vi tillegger de ulike kjønnene ulike egenskaper og uttrykk. Og de peker på strukturelle faktorer som ulik fordeling av makt og ressurser og ulike valg knyttet til type arbeid og grad av arbeidstilnytning. Disse ulike dimensjonene kan bidra til å øke forståelsen for hvordan kjønnene blir møtt på ulike måter innenfor medisinen og hvordan helsetjenester og andre velferdsordninger møter kvinnelige brukere og pasienter. Det pekes på at regelverk og kunnskapsgrunnlag gjerne er bygget på en mannlig norm og at medisinsk forskning i stor grad tar utgangspunkt i mannlige pasienter og ikke kvinnelige. Det betyr at man har mindre kunnskap om kvinners symptomer og sykdommer enn menns. I tillegg vises det til at tiltak for økt arbeidshelse i mindre grad fokuserer på utfordringer som kvinner i større grad enn menn eksponeres for slik som tunge løft og emosjonelle belastninger. De etterlyser derfor et kjønnsperspektiv knyttet til forståelsen av helse og sykdom, knyttet til ulike forebyggings- og behandlings- og velferdstilbud.

Ser man på hvordan menn og kvinner opplever sin egen helse rapporterer menn noe bedre helse enn kvinner. I helseundersøkelsene fra 1998-2008 oppga 81 prosent av befolkningen at de hadde god eller meget god helse. Til sammenligning oppgav kun 6 prosent at helsen var dårlig eller meget dårlig. Befolkningen i Nord-Norge rapporterer om noe dårligere helse enn i resten av landet, men ellers er det få forskjeller mellom landsdelene (<http://www.ssb.no/ssp/utg/200905/03/>).

5.1 Kjønn og sektor

Norske kommuner har i gjennomsnitt høyere sykefravær enn statlige virksomheter og private bedrifter. Den samme tendensen finner man i svenske og danske kommuner og det er særlig ansatte i pleie- og omsorgssektoren som har et høyere sykefravær enn gjennomsnittet i befolkningen - en sektor som er dominert av kvinnelig arbeidskraft. Det har vært store medieoppslag om at kvinner har 60 prosent høyere sykefravær enn menn og at man vet lite om hvorfor det er slike kjønnsforskjeller i sykefravær. Mastekaasa (2012) viser for øvrig i en studie at denne forskjellen i fravær omtrent er på nivå med det en finner i andre europeiske

land hvor forskjellen er på om lag 50 prosent. Mastekaasa påpeker også at kjønnsforskjellene i sykefravær særlig økte fra slutten av 1970-tallet og frem til midten av 1980-tallet og at fra slutten av 1980-tallet ser kjønnsforskjellene i sykefravær ut til å være relativt stabilt og at type yrke ikke lenger er en like sterkt forklaringsfaktor på sykefravær som den var tidligere (Mastekaasa 2012).

Almlidutvalget som ble nedsatt av Arbeids- og inkluderingsdepartementet i november 2009, konkluderte i en rapport med at det er den høye kvinneandelen som gir høyere sykefravær i helse- og omsorgssektoren enn i andre sektorer (NOU 2010:13). En rapport fra SINTEF (Osborg Ose m.fl. 2011²¹) finner derimot at menn i pleie- og omsorgssektoren har høyere sykefravær enn menn i andre sektorer og mener dette indikerer at fraværet også har med forhold på arbeidsplassen å gjøre.

En kunnskapsoppsummering utarbeidet av IRIS og STAMI (Sterud m.fl. 2010²²) understøtter Osborg Oses (2011) funn. De peker på forskning som viser at kvinner og menn har ulike risikoprofiler knyttet til faktorer i arbeidet og sannsynligheten for langtidssykefravær. For menn i pleie- og omsorgssektoren er det særlig eksponeringer på individnivå slik som høye emosjonelle krav i arbeidet og krav knyttet til at man må skjule følelsene sine (vanlige trekk ved pleie- og omsorgsarbeid) som øker menns sannsynlighet for langtidssykefravær, mens det for kvinner i høyere grad enn for menn også handler om relasjoner på arbeidsplassen slik som:

- ledelseskvalitet
- opplevde rollekonflikter
- belønning i arbeidet

Ledelseskvalitet blir knyttet til i hvilken grad den nærmeste lederen legger til rette for utvikling av den enkelte medarbeider, lederens prioritering av medarbeidernes tilfredshet, leders planleggingsevne og leders evne til å løse konflikter. Rollekonflikter handler om de ansatte utsettes for motstridende krav og om man vet hvilke arbeidsoppgaver man skal løse. Belønning i arbeidet handler blant annet om i hvilken grad de ansatte opplever å få anerkjennelse fra ledelsen for det arbeidet man gjør (Sterud m.fl. 2010: vedlegg 1). I kunnskapsstatusen påpekes også at fysiske løft er «farlige» for alle, men at den negative effekten av fysiske løft er større hos kvinner som opplever mange rollekonflikter i arbeidet og at disse har 40 % høyere risiko for sykefravær sammenlignet med gjennomsnittet (Sterud m.fl. 2010: vedlegg 1 s. 1). På arbeidsplasser der man har tunge løft i arbeidet og hvor medarbeiderne vurderer ledelseskvaliteten som lav er risikoen for sykefravær nesten fire ganger så stor som på arbeidsplasser hvor man vurderer ledelseskvaliteten som høy (Sterud m.fl. 2010: vedlegg 1 s. 3).

²¹ <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A18235>

²² <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/NOU-2010-13/Kunnskapsoppsummering-Betydningen-av-arbeidsfaktorer-for-sykefravar.pdf>

Labriola m.fl. (2011²³) fant at forskjellen i psykososiale arbeidsforhold forstått som emosjonelle krav, belønning, ledelseskvalitet og rollekonflikter forklarte om lag 30 prosent av kvinners høyere risiko for langtidssykefravær sammenlignet med menn. Undersøkelsens resultater viste også at det er en del av sykefraværet som ikke kan forklares med disse faktorene. En undersøkelse fra Smeby m.fl. (2009) viste at en del av sykefraværet *ikke* ble forklart med variablene yrke, arbeidsforhold, inntekt, generell helsetilstand eller stress og konkluderte med at man også må se etter andre forklaringsvariabler for å forklare kjønnsforskjellene i sykefravær. Smeby m.fl. (2009) finner i sin studie en sterk sammenheng mellom antall smertepunkter og selvrapportert funksjon og at kvinner i snitt rapporterer om et høyere antall smerteområder enn det menn gjør. Pasienter som hadde mange smerteområder fikk en dramatisk forverring i sin helsetilstand i oppfølgingsperioden. Om lag en fjerdedel av disse ble uføretrygdet i løpet av perioden.

En ekspertgruppe nedsatt av Arbeidsdepartementet og ledet av Mykletun (2011) undersøker årsaker til kjønnsforskjeller i sykefravær (2011) undersøker man nærmere de vanligste hypotesene knyttet til kjønnsforskjeller og sykefravær. Det var stor enighet knyttet til at det høye totale sykefraværet i Norge var mer påfallende enn kjønnsforskjellene i sykefravær. En rekke hypoteser som arbeidsmiljøhypotesen, dobbeltarbeidshypotesen, kjønnsforskjeller i normer, kjønnsforskjeller i helseplager og graviditetsrelatert sykefravær ble gått nærmere i sømmene. Det konkluderes blant annet med at seleksjonen knyttet til kvinne- og mannsyrker ikke forklarer kjønnsforskjellene i sykefravær. Dobbeltarbeidshypotesen blir ikke avvist, men man trenger å forstå flere av mekanismene knyttet til denne. De finner at det å få barn har en klar effekt på kvinners sykefravær og det påpekes at kvinner og menns fravær i liten grad skiller seg fra hverandre hvis man ser på det egenmeldte fraværet og lengden på fraværet. Kvinner har derimot høyere sannsynlighet for å starte et legemeldt fravær sammenlignet med menn.

5.2 Kjønn og langtidsfriskhet

En svensk studie som undersøkte langtidsfriskes arbeidsvilkår innenfor flere sektorer blant annet innenfor omsorgssektoren og skole fant forskjeller mellom kvinner og menn (Aronsson og Lindh 2004²⁴). Det er flere menn enn kvinner som havner i kategorien langtidsfrisk og de fant at enkelte faktorer så ut til å slå ulikt ut avhengig av om man er mann eller kvinne:

- Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis tidspresset i arbeidet ikke er for høyt og det gjelder spesielt for kvinner.
- Sjansen for langtidsfriskhet øker hvis man jobber normaltid og det gjelder spesielt for kvinner.

²³ <http://oem.bmi.com/content/early/2011/03/25/oem.2010.060632.full>

²⁴ http://www.starckpartner.se/dokument/langtidsfriskas_arbetsvilkor.pdf

- Tydelige mål i arbeidet har en større friskhetseffekt for kvinner enn for menn.
- Å ha nok ressurser i arbeidet og opplevelsen av å være fornøyd med kvaliteten på det arbeidet man utfører betyr mer for langtidsfriskhet for kvinner enn for menn.
- Opplevelsen av å ha støtte fra leder betyr mer for langtidsfriskhet for kvinner enn for menn.

En større svensk studie om langtidsfriske organisasjoner (Nise m.fl. 2007²⁵) finner også at i alle grupper og i alle bransjer (med unntak av finanssektoren) er kvinner mer sykemeldte enn menn. De finner også at kvinner som jobber i mannsdominerte bransjer har lavere sykefravær enn kvinner som jobber i organisasjoner som har om lag like mange menn som kvinner ansatt og at dette også gjelder for mennene. Hvorfor det er slik vet man ikke helt, men det kan være at kvinnene som jobber i mannsdominerte virksomheter har andre arbeidsoppgaver enn mennene i disse virksomhetene, eller at det foregår en seleksjon hvor kvinner med svært god helse søker seg til slike jobber.

Selv om forskningen viser at det er mange og ulike forklaringer på hvorfor kvinner har et høyere sykefravær enn menn viser forskningen at det er en del av fraværet de ikke klarer å forklare årsaken til. For å få bedre kunnskap om hvorfor kvinner oftere enn menn utsettes for belastningsskader i arbeidslivet har man i Sverige satt i gang et fireårig utviklingsprogram «Hållbar arbetsmiljö med kvinnor i fokus» hvor de har spesielt fokus på kjønnsaspektet. Dette programmet kan man kan følge med på på følgende nettside: (<http://www.av.se>). Dette er en nettside som oppdateres jevnlig.

²⁵ <http://www.folkhalsoguiden.se/Projekt.aspx?id=1611>

Kort oppsummeringsrapport:

<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Arbetsliv/Arbetsliv%20-%20rapporter/H%c3%a4lsa%20och%20framtid%20-%20sammanfattning.pdf>

Temaområde: Sykefravær – Kjønn og sykefravær			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publikasjon
Ose m.fl. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene.	Arbeidsgiver- og arbeidstaker-registeret, intervjuer, spørreskjema, data fra evalueringen av IA-avtalen	Kommunal pleie- og omsorgssektor	Rapport. Sintef
Sterud m.fl. (2010): Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet.	Kunnskapsstatus	Helse- og omsorgssektoren	Rapport.
Aronsson, G. og Lindh, T. (2004:10): Långtidsfriskas arbetsvilkor. En populationsstudie.	Data fra prosjektet «Utbränning i Sverige». Representativt utvalg ifm arbeidskraftundersökelse. N=2279. To undersökelsestidspunkt H2000 og H2001	Flere, blant annet omsorg og skole	Rapport.
Labriola m.fl. (2011):The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study.	Kohortstudie med 5026 ansatte		Artikkel.
Nise m.fl. (2007): Friska företag i alla branscher - en registerstudie.	Registerdata fra 2036 organisasjoner med mer enn 74 ansatte. Intervjuer. Enket. Fire delstudier. Samarbeid mellom bedrifter, fagforeninger, forskere og forsikringsbyrå (AFA)	Ulike bransjer i privat virksomhet med forsikring hos AFA	Rapport.
Mastekaasa (2012):Kvinner og menns sykefravær - en stadig ökende forskjell?	Tall fra SSBs arbeidskraftundersökelse		Artikkel.
Smeby m.fl. (2009): Sickness absence: Could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? http://sjp.sagepub.com/content/37/7/674	Surveydata med 11072 respondenter		Artikkel.
«Hållbar arbetsmiljö med kvinnor i fokus»: http://www.av.se/dokument/publikationer/rapporter/RAP2012_11.pdf http://www.av.se			

6 Arbeidsmiljøets betydning for sykefravær og nærvær

Det forskningsfeltet det finnes flest publiseringer knyttet til er arbeidsmiljø og sykefravær (Osborg Ose m.fl. 2006). Forklaringen på dette kan være at arbeidsmiljø er et relativt vidt begrep fordi det rommer både fysiske, psykososiale og organisatoriske forhold. Felles for studiene i denne oversikten er at sykefravær og nærvær hovedsakelig knyttes til: i) faktorer på virksomhets-/arbeidsplassnivå slik som økonomi, bemanning, arbeidstidsordninger, fysiske og emosjonelle belastninger, arbeidsmengde, tilgang til hjelpemidler og ledelse og ii) til individnivå slik som alder, kjønn, utdanningsnivå, sosio-økonomisk bakgrunn, sivilstand, helseutfordringer, stilling, selvvurdert helse, personlige karakteristika som robusthet knyttet til takling av stress og helse og til individrettede trivselstiltak (Osborg Ose m.fl. 2006). Det er for øvrig viktig å påpeke at sykefravær ikke nødvendigvis er en indikator på arbeidsmiljøkvalitet. Man kan ha høyt fravær på en arbeidsplass til tross for godt arbeidsmiljø. Et eksempel på det kan være arbeidsplasser hvor man står i fare for å smitte pasienter eller bruke hvis man går på jobb.

6.1 Hva kjennetegner et godt arbeidsmiljø?

En svensk kunnskapsstatus (Arbetsmiljöverket 2012²⁶) påpeker at det mangler gode vitenskapelige studier på hva som er gode indikatorer på et godt arbeidsmiljø. Deres litteraturgjennomgang viser likevel til at det er en del faktorer som går igjen i de vitenskapelige studiene for hva som kjennetegner et godt arbeidsmiljø, og mange av disse er i stor grad knyttet til organisatoriske forhold (Arbetsmiljöverket, 2012:52):

- Positive, tilgjengelige og rettferdige ledere
- God kommunikasjon
- Godt samarbeid/teamarbeid
- Positivt og sosialt klima
- Ansattes medvirkning
- Autonomi/”empowerment”/myndiggjøring

26

http://www.stamiweber.no/hefa/pdf%20files/Den%20goda%20arbetsmiljön%20och%20dess%20indikatorer%20%20svensk%20RAP2012_07.pdf

- Rolletydighet og klare forventninger og mål
- Muligheter for utvikling i arbeidet
- Passe arbeidstempo, passe arbeidsbelastning
- Støtte i arbeidet (administrativt eller personlig)
- Bra fysisk arbeidsmiljø (HMS)

For å oppnå et godt arbeidsmiljø foreslås å legge følgende prinsipper til grunn (Adkins m.fl. 2000 i Arbetsmiljöverket (2012). (Fritt oversatt):

- Å oppnå et godt arbeidsmiljø er en kontinuerlig prosess. Det krever konstant oppmerksomhet, vurderinger og aktivitet
- Arbeidsmiljø er resultatet av en rekke faktorer som påvirker hverandre. Skadelige faktorer må fjernes for å oppnå et godt arbeidsmiljø
- Et godt arbeidsmiljø er avhengig av gode relasjoner og dette oppnås gjennom kommunikasjon, samarbeid og relasjonsbygging

«Godt arbeidsmiljø» kan også forstås som opplevelse av trivsel og velvære på arbeidsplassen. Osborg Ose m.fl. (2009)²⁷ viser i en undersøkelse om inkluderende arbeidsliv i kommunene at sosial støtte fra ledere er viktig for opplevelsen av å mestre arbeidsoppgavene. I tillegg viser undersøkelsen at en viss grad av fleksibilitet og passe arbeidsbelastning er viktig for at hjelpepleierne skal oppleve trivsel og velvære i arbeidet. En undersøkelse utført av Lien og Gjernes fra 2009²⁸ viser også at faktorer knyttet til ledelse og en rimelig arbeidsbelastning er viktig for trivsel, og for å unngå fravær. I tillegg nevnes nok fagutdannet grunnbemanning, tid til å levere tjenester av god kvalitet og opplevelsen av å være del av et større faglig fellesskap.

En kvalitativ studie i seks kommunale sykehjem (Sollund og Wikborg 2007²⁹) mener de intervjuede at den gode arbeidsorganisasjonen er kjennetegnet av følgende:

- Ivaretagelse av hele mennesket - fagpersonen, organisasjonsmennesket og individet
- At individrettede tiltak kombineres med organisasjonsrettede tiltak og dette samspillet er leders ansvar
- Et psykososialt arbeidsmiljø preget av trygghet, toleranse, normer og etiske regler for hvordan man opptrer mot hverandre, pasienter og pårørende
- Tydelig leder som fungerer som normgiver og inspirator, som ser de ansatte, som behandler de ansatte rettferdig og som tar problematiske saker videre i linjen
- God tilgang til hjelpemidler og opplæring i bruken av dem
- Kompetanseutvikling for alle
- Medbestemmelse

²⁷ <http://www.seniorpolitikk.no/var/uploaded/images/FF-IA-avtale/IA-SINTEFF.pdf>

²⁸ http://nordlandsforskning.no/files/Rapporter%202009/rapp_11_09.pdf

²⁹ http://nordlandsforskning.no/files/Rapporter%202007/rapp_09_07.pdf

- At medarbeiderne settes i stand til å takle endringer
- God oppfølging av sykemeldte
- Individuelt tilpassede seniortiltak

En studie fra Afi (Enehaug m.fl. 2008³⁰) peker på at viktige helsefremmende faktorer i barnehager er arbeidet med barna og kollegiale relasjoner.

Temaområde: Sykefravær – Hva kjennetegner et godt arbeidsmiljø?			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publisasjon
Arbetsmiljøverket (2012): Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer.	Kunnskapsoversikt		
Osborg Ose m.fl. (2009): Evaluering av IA-avtalen (2001-2009).	Registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer	IA-virksomheter og virksomheter som ikke har IA-avtale	Rapport. Sintef
Lien og Gjernes (2009): - Miljøet hos oss er helt konge!	Intervjuer og survey	Kommunale sykehjem og barnehager	Rapport. Nordlandsforskning
Sollund og Wikborg (2007): En jobb å eldes med?	Intervjuer	Kommunale sykehjem	Rapport. Nordlandsforskning
Enehaug m.fl. (2008): Arbeidsmiljøet i barnehagen.	Intervjuer, observasjoner, statistikk	Private og kommunale barnehager	Rapport. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)

6.2 Fysisk arbeidsmiljø

Det fysiske arbeidsmiljøet har jevnt over blitt bedre for de aller fleste arbeidstakere i løpet av de siste tiårene, men det er fremdeles jobber som bidrar til fysisk slitasje hos arbeidstakerne. Mange sliter med skjelett- og muskellidelser på grunn av blant annet tunge løft og dårlige arbeidsstillinger. Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune har blant annet funnet ut at en ansatt i småbarnsavdelinger (0-3 år) løfter 1,5 tonn om dagen. Samtidig mangler det forskning på hvor variert den fysiske belastningen bør være for at arbeidstakeren ikke skal skades, hvordan man best kan kombinere ulike arbeidsbelastninger for å oppnå variasjon og nok hvile og det finnes enda mindre forskning som har undersøkt hvordan den fysiske arbeidsbelastningen bør være for at den skal fremme helse og øke den ansattes fysiske styrke (Arbetsmiljøverket 2012:38³¹).

I en norsk kunnskapsstatus (Osborg Ose m.fl. 2006:20³²) konkluderes det med at mange studier undersøker sammenhengen mellom fysiske plager og sykefravær, men de har mindre fokus på om det er slik at det som påvirker helseplager også påvirker sannsynligheten for å ha sykefravær. Det vises også til en studie om ergonomi og sykefravær. Den konkluderer

³⁰ http://www.afi.no/modules/module_123/proxy.asp?I=4073&C=1&D=2&mids=

³¹ http://www.stamiweber.no/hefa/pdf%20files/Den%20goda%20arbetsmiljön%20och%20dess%20indikatorer%20%20svensk%20RAP2012_07.pdf

³² <http://www.sintef.no/upload/Helse/%C3%98KT/Pdf-filer/Sykefrav%C3%A6r.pdf>

med at slike tiltak har en effekt hvis de ansatte selv får være med å definere de ergonomiske utfordringene i arbeidsmiljøet. En kunnskapsstatus fra 2010 viser at ergonomisk tilrettelegging for personer med korsryggsmerter var et effektivt tiltak for å vende tilbake til arbeid for langtidssykemeldte med korsryggsmerter. Tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidstid hadde også god effekt på tilbakevending til arbeidet etter en periode på mer enn 200 dagers sykemelding (Ellingsen m.fl. 2010:25).

En studie fra Nordlandsforskning (Lien og Gjernes 2009³³) viste at enkelte virksomheter innenfor pleie- og omsorg og barnehager ikke prioriterer innkjøp av hjelpemidler, men vel så interessant var det at ansatte, til tross for tilgjengelige hjelpemidler, ikke valgte å benytte dem og at dette i større grad gjaldt innenfor barnehagesektoren enn i pleie- og omsorgssektoren. Begrunnelsen for hvorfor de ikke benyttet tilgjengelige hjelpemidler var gjerne manglende bevissthet om det og dårlig tid i arbeidshverdagen. En større dansk spørreundersøkelse påpeker også denne utfordringen, men resultatene viser at andelen av ansatte i pleie- og omsorgssektoren i Danmark som ikke benytter hjelpemidler har gått ned i perioden fra 2005-2008 (Hvid Bern m.fl. 2012³⁴).

STAMI og IRIS (Sterud 2010³⁵) har i en større kunnskapsstatus blant annet undersøkt hvilken betydning arbeidsforhold har på arbeidsevne. Deres studiever viser at risikoen for sykefravær øker med medarbeidernes opplevde fysiske belastning i arbeidet.

Temaområde: Sykefravær – Fysisk arbeidsmiljø			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publikasjon
Osborg Ose (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger.	Kunnskapsstatus		Rapport. Sintef
Sterud m.fl. (2010): Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet.	Kunnskapsstatus	Helse- og omsorgssektoren	Rapport.
Arbetsmiljøverket (2012): Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer.	Kunnskapsstatus		Rapport.
Lien og Gjernes (2009): - Miljøet hos oss er helt konge!	Intervjuer og survey	Kommunale sykehjem og barnehager	Rapport. Nordlandsforskning
Hvid Bern m.fl. (2012): Ændringer i arbeidsmiljø, helbred og trivsel for otte stillingsgrupper i ældreplejen fra 2005 til 2008.	Flere surveys	Dansk kommunal eldreomsorg	Rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

³³ http://nordlandsforskning.no/files/Rapporter%202009/rapp_11_09.pdf

³⁴ <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2012/~//media/Boeger-og-rapporter/SOSU-rapport-22.pdf>

³⁵ <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/NOU-2010-13/Kunnskapsoppsummering-Betydningen-av-arbeidsfaktorer-for-sykefravar.pdf>

6.3 Psykososialt arbeidsmiljø

Psykososialt arbeidsmiljø henger sammen med mange ulike faktorer på arbeidsplassen. Litteraturen i denne kunnskapsstatusen viser blant annet at det henger sammen med:

- Arbeidets innhold
- Innflytelse på arbeidsoppgaver og arbeidstempo
- Sosial støtte og lederstøtte
- Ledere som ser og lytter til de ansatte
- Ledere som opptrer rettferdig overfor sine medarbeidere
- Medbestemmelse
- Måten arbeidet organiseres på
- Samspillet mellom medarbeidere
- Samspillet mellom medarbeidere og leder/ulike brukergrupper

AFI utførte i 2007 en større kunnskapsstatus på sykefravær (Gamperiene m.fl. 2007:48³⁶). Denne viste at forskningslitteraturen på psykososiale forhold går i flere retninger. AFI viser til den diagnoselaterte forskningen, til helsefremmende organisatoriske kjennetegn ved arbeidsplassen/arbeidsorganisasjonen, kjennetegn ved individene, kultur- og holdningsforklaringer, behovsteoretiske forklaringer og motivasjonsteoretiske forklaringer.

I en undersøkelse fra 2011 viser Ose m.fl. (2011:200-202³⁷) til fire viktige dimensjoner som forklarer kommunale hjelpepleieres opplevelse av det psykososiale arbeidsmiljøet:

- Forholdet til nærmeste leder
- Arbeidets innhold
- Opplevd kontroll
- Opplevd sikkerhet på arbeidsplassen

Studien viste at mange hjelpepleiere opplever sin arbeidssituasjon som stressende og utfordrende og mange opplever høy grad av tidspress i arbeidshverdagen i tillegg til stor arbeidsbelastning. I likhet med andre nordiske studier finner man også i denne undersøkelsen at de ansatte opplever liten grad av kontroll over arbeidsoppgavene og over arbeidstiden. En anbefaling som blir rettet til kommunene er å gjennomføre tiltak som bidrar til å øke de ansattes opplevelse av kontroll i arbeidshverdagen. Slik kontroll mener man vil bidra til å skape en buffereffekt i forhold til høye jobbkrav. Andre funn i undersøkelsen er at psykososiale faktorer som beslutningsfrihet, innflytelse i arbeidssituasjonen og sosiale støtte har sterk effekt på hvordan de ansatte i helsesektoren opplever arbeidsmiljøet sitt. Studien påpeker også at å arbeide for å bedre de psykososiale forholdene på arbeidsplassen også vil kunne bidra til i større grad å balansere forholdet mellom rammebetingelsene og de fysiske arbeidsmiljøfaktorene i virksomhetene og de ansattes opplevelse av disse.

³⁶<http://evalueringsportalen.no/evaluering/kunnskapsstatus-tema-1-sykefravaer/2007%20Kunnskapsstatus%20for%20IA-avtalens%20delm%C3%A5l%201%20Sykefrav%C3%A6r.pdf/@@inline>

³⁷ <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A18235>

«Risk management» og «management standards»

Organisatoriske tiltak som er rettet mot å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet er utfordrende fordi det er knyttet til mange og komplekse forhold. En dansk studie har gjennomgått konseptene «risk Management» og «management standards» med eksempel fra Storbritannia. «Risk Management» bygger på den Skandinaviske aksjonsforskningsmetoden med fokus på primær- og sekundærforebygging og den har fokus på prosesser og strukturer for implementering av ulike tiltak. «Management standards» er utviklet av det britiske arbeidstilsynet og fungerer som en interaktiv prosessveiledning. Målet er medarbeidertrivsel, organisatorisk yteevne og en helhetlig dialog mellom ledelse og medarbeiderne. Det er utviklet seks anbefalinger («standards») til forbedring av det psykososiale arbeidsmiljøet og disse anbefalingene eller målene kan virksomheten arbeide mot gjennom en kontinuerlig risikovurderingsprosess. Målet med studien har vært å utarbeide en metode som britiske virksomheter kan benytte i deres arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet. I likhet med andre studier vi referer til i denne oversikten påpekes det også her at denne tilnærmingen må tilpasses den lokale konteksten og den særskilte målgruppens behov. Studien viser at arbeidsmetoden med enkelte justeringer også kan benyttes i danske virksomheter (Gensby m.fl. 2007:1³⁸).

PIOP-metoden - en praktisk manual for psykososialt arbeidsmiljøarbeid

Det Nationale Forskningscenter for arbejdsmiljø i Danmark har i samarbeid med Post Danmark utarbeidet en manual med fokus på det praktiske arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet - sett i et prosessperspektiv. Til tross for at fokus er Post Danmark mener vi at manualen også kan være nyttig for kommunal sektor. De benytter det de kaller PIOP-metoden (Participatoriske Interventioner fra et Organisatorisk Perspektiv) som innebærer at man involverer alle nivåer i organisasjonen i tillegg til at man strukturerer prosessen gjennom styringsgruppe og workshops som har som mål å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet. Fokuset er på hvordan ledelse og medarbeidere sammen kan optimalisere ressursene i virksomheten både på individ-, gruppe-, leder- og organisasjonsnivå. PIOP-metoden er inspirert av «risk management»-metoden. Tipsene som er utarbeidet i manualen er basert på kunnskap innenfor organisasjonspsykologien og på forskning i psykososiale arbeidsmiljøintervensjoner. Det fokuseres på prosesser ved at man:

- Identifiserer ressurser og utfordringer i virksomheten.
- Utvikler lokale initiativer/tiltak som skal forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet.
- Implementerer de lokale initiativer/tiltak.
- Evaluerer prosessen og effektene av de igangsatte initiativer/tiltak

(Nielsen m.fl. 2013³⁹).

³⁸ <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk>

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/strategier-for-indsats.pdf>

³⁹ <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da/nyheder/arkiv/2013/~media/Boeger-og-rapporter/PIOP-manual--15-01-13-netversion.pdf>

6.4 Organisatoriske faktorer

Organisatoriske faktorer kan være knyttet til ulike arenaer for samarbeid og medvirkning, informasjonskanaler for å informere ansatte om relevante forhold i organisasjonen, systemer for opplæring av de ansatte, samsvar mellom bemanning og arbeidsoppgaver og kompetanse og arbeidsoppgaver, systemer for å håndtere mobbing, vold og trusler om vold og omorganiseringer og/eller ulike former for endringer i organisasjonen. Forskningen tyder på at arbeidsgiver ikke bare bør fokusere på individrettede tiltak i sitt fravær- og nærvær-arbeid, men at slike tiltak bør kombineres med organisatoriske tiltak. Nedenfor viser vi til konkrete norske eksempler som poengterer viktigheten av å kombinere organisatoriske tiltak og individrettede tiltak.

6.4.1 Friske organisasjoner

I enkelte svenske studier bruker man begrepet friske eller langtidsfriske organisasjoner. Flere av disse studiene er opptatt av å studere hvilke organisatoriske faktorer som kan forklare hvorfor enkelte virksomheter har friske medarbeidere (Arbetsmiljöverket 2012, Ekenvall m.fl. 2008). Ekenvall m.fl. (2008:31-32) fant at langtidsfriske organisasjoner var preget av følgende:

- De har en gjennomtenkt lederskapsfilosofi som tas i betraktning også ved rekruttering av ledere
- Man rekrutterer gjerne internt og i tillegg til å være oppfattet av formell kompetanse er man også opptatt av andre typer kompetanse slik som sosial kompetanse
- God kunnskap om virksomheten og virksomhetens regelverk
- Har systematiske program for å støtte og utvikle sine ledere
- Lederne har god organisatorisk støtte og nok ressurser til å håndtere arbeidsoppgavene på en god måte
- Virksomheten er opptatt av å utvikle medarbeiderne og belønne dem for god innsats.
- Det settes av tid til kompetanseutvikling for medarbeiderne
- Ansattes medvirkning og god dialog mellom medarbeidere og ledelsen
- Lederne er lydhøre overfor de ansattes synspunkter og deres arbeidssituasjon i tillegg til at de ser de ansatte som en ressurs. De ansatte ser seg selv som en del av en helhet og dette bidrar til opplevelsen av meningsfullhet
- Man ser at organisatoriske faktorer kan bidra til dårlig helse hos medarbeiderne
- De har utført forebyggende aktiviteter på en strategisk og systematisk måte - gjerne i samarbeid med bedriftshelsetjenesten
- De har etterfulgt kartlegginger med tiltak

6.4.2 Arbeidsrettede tiltak

En kunnskapsstatus på arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær utført av IRIS (Ellingsen m.fl. 2010:23) viser til en rekke ulike studier om arbeidsrettede tiltaks effekter på sykefravær. En av de refererte studiene om koordinert, aksjonsorientert og skreddersydd tverrfaglig arbeidsrettet rehabilitering til sykemeldte bygget på det canadiske tiltaksprogrammet Sherbrook-modellen. Funnene viste de som var i intervensjonsgruppen hadde lavere timeantall de var sykemeldte enn de som var i kontrollgruppen, i undersøkelsens tre kontrollpunkter så hadde flere i intervensjonsgruppen vendt tilbake til arbeidet enn de som var i kontrollgruppen. De som deltok i intervensjonsgruppen rapporterte at de oftere enn de i kontrollgruppen hadde fått tilbud om eller deltatt i følgende tilbud:

- støtte og hjelp fra leder
- dialogmøte
- arbeidsplassstilpasning og/eller jobbmodifisering
- samtale med psykolog.

I tillegg til at varigheten på sykefraværet gikk ned viste studien også at det førte til økonomiske besparelser for samfunnet (Ellingsen m.fl. 2010:25).

6.4.3 Arbeidstid og helse

En litteraturstudie utført av STAMI (Sigstad Lie m.fl. 2008) viser at arbeidstidens lengde og fordeling i løpet av døgnet har effekter på arbeidstakernes helse, funksjon og sikkerhet. På bakgrunn av litteraturstudien trekker de følgende konklusjoner om skiftplanlegging og helseeffekter (Sigstad Lie m.fl. 2008:90):

- Rotasjon forover ser ut til å være mer gunstig enn bakover.
- A-mennesker og eldre kan ha behov for egne skiftordninger, spesielt med tanke på søvn.
- Med nok fritid og hvilepauser kan lange skift fungere.
- De negative effektene av nattskift kan delvis kompenseres hvis skiftet:
 - Kommer etter nok antall hviletimer
 - Ikke varer lenger enn åtte timer
 - Ikke innebærer høye jobbkrav eller monotont arbeid
 - Ikke innebærer sikkerhetskritiske oppgaver den siste delen av natten
 - Gir muligheter for små sovepauser
 - Ledsages av bevissthet om betydning av riktig kosthold

Forholdet mellom arbeidstid, helse og sykefravær er utdypet i en kunnskapsstatus om heltid-deltidsproblematikken av Leif Moland, som Fafo publiserer i mars 2013. Den refererer blant annet til Amble 2008, Moland og Bråthen 2013, og Moland 2007.

6.4.4 Omorganiseringer, endringer og medvirkning

I dagens arbeidsliv opplever de fleste arbeidstakere ulike former for endringer i arbeidssituasjonen, og store eller små omorganiseringer. En svensk studie om organisatoriske faktorer betydning for langtidssykefravær viste at det var en sammenheng mellom omorganiseringer og langtidssykefravær. Jo større uro det var i den kommunale virksomheten, desto mer omfattende var langtidssykefraværet blant de kommuneansatte. Studien viste videre at bakenforliggende årsaker til dette kan være lav grad av personaldemokrati og at de ansattes synspunkter ikke blir tatt hensyn til eller lyttet til (Szücs m.fl. 2003)⁴⁰.

Osborg Ose (2010) påpeker at økningen i sykefraværet fra midten av 1990-tallet frem til 2000-tallet sammenfaller med store omstillinger i offentlig sektor, men effekten av omstilling på sykefravær er ikke entydig og enkelte sektorer ser ut til å påvirkes mer enn andre. En annen undersøkelse fra Sintef (Osborg Ose m.fl. 2011) om IA-arbeid i norske kommuner anbefaler at man ved store endringer i arbeidsorganisasjonen prioriterer å kartlegge organisasjonens ressurspersoner og at man drar disse inn i endringsarbeidet. En konsekvens av å ikke trekke slike ressurspersoner inn i organisasjonens endringsarbeid kan være manglende oppslutning blant de ansatte om de ønskede endringene.

En kunnskapsstatus fra Folkehelseinstituttet (Major m.fl. 2011:52) støtter disse funnene og påpeker at omorganiseringer kan ha ulike utfall på medarbeidernes psykiske helse avhengig av konsekvensene av endringene på arbeidet. De finner at endringer som bidrar til å redusere kravene i arbeidet og som samtidig bidrar til å øke kontrollen over arbeidet gir bedre psykisk helse, mens endringer som bidrar til å øke kravene og redusere kontrollen over arbeidet påvirker medarbeidernes psykiske helse negativt.

Forandringer som gjennomføres på helsefremmende måter og som kan bidra til minsket stress hos de ansatte samt øke de ansattes opplevelse av kontroll, støtte og utviklingsmuligheter kan bidra til gode og vellykkede endringsprosesser. En undersøkelse fra Sverige (Hultberg m.fl. 2010)⁴¹ mener ledere bør være opptatt av følgende når man ønsker å foreta endringer i organisasjonen:

- Kommunikasjon og åpenhet
- Leder bør være nærværende og tilgjengelig
- Leder bør løpende ta tak i problemer som fremkommer og søke hjelp ved behov
- Det bør legges vekt på felles læring og skapes rom for refleksjon og dialog
- Man bør utvikle samarbeid mellom ulike yrkesgrupper med fokus på gjensidig respekt for hverandre

⁴⁰ <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/4304>

⁴¹Kortrapport:

<http://stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20F%20c3%ab6r%20stressmedicin/Publikationer/ISM-broschyrer/ISM-rapport%209%20Kortversion.pdf>

Fullversjon:

<http://stressmedicin.com/upload/Regionkanslierna/ISM%20Institutet%20F%20c3%ab6r%20stressmedicin/Publikationer/ISM-rapporter/ISM-rapport%209%20.pdf>

Uavhengig av omorganiseringer og endringsarbeid viser andre studier også at medvirkning blant de ansatte er viktig for å skape et kvalitativt godt arbeidsmiljø. En større studie fra Danmark som er utført innenfor flere ulike sektorer og innen private og offentlige virksomheter viser at medarbeiderdeltakelse er en viktig faktor for å skape et godt arbeidsmiljø blant annet i skolen. Demokratisk styreform og måten den praktiseres på innebærer at lærerne opplever høy grad av sosial støtte og anerkjennelse av sine ledere. Det påpekes videre at en begrensning i medarbeiderdeltakelsen er at den kun foregår på det operasjonelle nivået og ikke det strategiske nivået hvor de overordnede kravene til arbeidet bestemmes. Undersøkelsen finner også at spesifikke forhold ved virksomheten slik som graden av sosial støtte fra kolleger, anerkjennelse fra ledelsen og muligheten til å utføre arbeidet med tilfredsstillende kvalitet henger sammen med arbeidsmiljøets kvalitet. De finner derimot ingen sammenheng mellom arbeidsmiljøkvalitet og kjønn, alder og ansiennitet. På bakgrunn av funnene i undersøkelsen er det formulert flere anbefalinger til arbeidsgiver for hvordan arbeide godt med medvirkning. Av disse kan nevnes at medarbeiderdeltakelse bør utformes på bakgrunn av den enkelte arbeidsplass muligheter og utfordringer. Man bør kartlegge hvordan og på hvilken måte de ansatte ønsker innflytelse og undersøke hva medarbeiderne oppfatter som hindringer for å utføre kvalitativt godt arbeid og man bør tilstrebe å skape en god balanse mellom arbeidsmiljø og produktivitet gjennom et tett samarbeid med ledelsen (Knudsen m.fl. 2009:217, 221)⁴².

6.4.5 Sintef IFIM – en idebok for kommunalt sykefravær

Norske kommuner har siden tidlig på 1990-tallet jobbet aktivt for å redusere sykefraværet. Partene i kommunal sektor undertegnet en samarbeidsavtale i 1991, som senere ble forlengt i 1995, som fastslo at man skulle tjene den enkeltes helse, utvikle et godt fysisk og organisatorisk arbeidsmiljø og styrke virksomhetenes økonomi. Avtalen fastslo at sykefraværsarbeidet måtte legges til den enkelte virksomhet og at det var viktig at arbeidet ble forankret i toppledelsen, i linjen og hos de tillitsvalgte lokalt. Videre ble det fastslått at sykefraværsarbeidet måtte inngå i virksomhetens kvalitetssikrings- og internkontrollsystem i tillegg til at det daglig måte jobbes med i det lokale miljøarbeidet.

SINTEF IFIM laget den gangen en idebok for kommunalt sykefraværsarbeid hvor man ønsket å finne fram til sykefraværstiltak som virker. De pekte på 15 tiltak på individ- og organisasjonsnivå som hadde virkning. Disse tiltakene er fremdeles aktuelle i virksomhetenes arbeid i dag. På individnivå hadde følgende tiltak virkning: medisinsk oppfølging og trening, aktiv sykemelding⁴³, generelle helsetiltak - endring av livsstil, stressmestring, utvidet egenmelding, tilrettelegging av arbeidet for gravide. På organisasjonsnivå nevnes følgende tiltak: oppfølging av sykemeldte, tilrettelegging av arbeidet, forbedring av det fysiske arbeidsmiljøet, kultur- og holdningsendringer, ledelsesutvikling og systematisk HSM-arbeid. Hovedkonklusjonen var at alle tiltak må forankres i lokalt kultur og virkelighetsforståelse,

⁴² http://vbn.aau.dk/files/18753861/MEDEA-Samlet-rapport-d-04-11_1_.pdf

⁴³ Aktiv sykemelding ble avviklet med virkning fra 1.juli 2011. Gradert sykemelding ble fra da ansett som det viktigste virkemiddelet for å få den sykemeldte helt eller delvis tilbake til jobb (Rundskriv § 8 – 6 Gradert sykemelding).

det må være medvirkning av de ansatte og det må organiseres og ledes på riktig måte. De påpeker videre at sykefraværarbeid er en dynamisk prosess og at individ og organisasjon må ses i sammenheng (NOU 2000:27, 123-124⁴⁴). Disse funnene er 20 år gamle, men forskningslitteraturen i denne kunnskapsstatusen støtter opp viktigheten av disse tiltakene selv om man kan si lite om den direkte effekten av ulike tiltak på sykefravær og nærvær i virksomheter.

Basert på funnene i evalueringsstudien til Sintef (Osborg Ose 2011) konkluderer også de med at generelle tiltak for å bedre arbeidsmiljøet i hele pleie- og omsorgssektoren i liten grad vil være effektive fordi ulike ansatte på ulike nivåer vil være opptatt av ulike faktorer i arbeidsmiljøet. Deres råd er dermed også at arbeidsmiljøarbeidet må gjennomføres lokalt på den enkelte arbeidsplass slik at de lokale erfaringene blir hensyntatt. Studien fremsetter flere anbefalinger til kommuner som skal innføre og gjennomføre tiltak i forbindelse med IA-arbeidet blant annet man bør skaffe førstehåndsinformasjon om de faktiske forholdene i den enheten/enhetene tiltaket skal gjennomføres i og at de beste tiltakene antakelig er de tiltakene de ansatte selv foreslår. Også Aas og Skaugen (2007)⁴⁵ påpeker at tiltak som iverksettes i kommunene bør tilpasses de lokale forholdene hvor det tas hensyn til den enkeltes behov.

6.4.6 QPSNordic

QPSNordic spørreskjema for kartlegging av psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer (General Questionnaire for Psychological and Social factors at Work) er utviklet av forskere med ulik faglig bakgrunn i fire nordiske land. Spørreskjemaet er en måte å kartlegge psykologiske, sosiale og organisatoriske faktorer og med det arbeidstakernes helse og trivsel i arbeidet. Et viktig poeng med metoden er medvirkning av de ansatte og dette ivaretas av fokuset på tilbakemeldinger fra de ansatte. Det er særlig tre målsettinger som påpekes ved bruk av QPSNordic og det er å:

- Frembringe et grunnlag for organisasjonsutvikling og tiltak/intervensjoner
- Dokumentere endringer i arbeidsforholdene og for evaluering av resultatene av de ulike tiltakene/intervensjonene i organisasjonen
- Forske på samarbeidet mellom arbeid og helse, motivasjon, jobbtilfredshet og lignende (https://www.qps-nordic.org/no/doc/Bruerveiledning_qpsnordic.pdf).

STAMI har et ressursenter som gjennomfører slike webbaserte medarbeiderundersøkelser. Data som samles inn av disse blir benyttet i forskningsprosjekter, men virksomhetene kan også selv benytte resultatene fra undersøkelsen i sitt eget arbeidsmiljøarbeid. De virksomhetene som deltar mottar en rapport når undersøkelsen er avsluttet som viser tilstand for de faktorene som er viktig for motivasjon, trivsel og helse (<http://www.stami.no/medarbeiderundersokelser>).

⁴⁴ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/nouer/2000/nou-2000-27.html?id=143251>

⁴⁵ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/prosjekter/sammenomenbedrekommune/saman-om-ein-betre-kommunes-temaer/sykefravar/forskning-og-rapporter.html?id=675716>

STAMI har også utarbeidet ti råd for gjennomføring av medarbeiderundersøkelser. Disse rådene kan man finne i følgende brosjyre: <http://www.stami.no/arbeidsmiljokartlegging-nr-1-2008>.

6.4.7 Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet var et program initiert av Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, KS og forhandlings-sammenslutningene Akademikerne, LO-kommune, UNIO og YS-kommune. Programmet hadde en todelt målsetting i) å bedre kvaliteten på kommunale tjenester med fokus på kvaliteten i overleveringen av tjenester innenfor pleie- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren og ii) å redusere sykefraværet i kommunal sektor. Innsatskommunene som deltok i programmet hadde i utgangspunktet et høyere sykefravær enn kommuner som ikke var med i programmet. En evaluering av programmet utført av NIBR, NOVA og IRIS' (Hovik m.fl. 2010⁴⁶) kunne ikke påvise redusert sykefraværet i de ni innsatskommunene de hadde data for, men sykefraværet hadde heller ikke økt slik det hadde i de kommunene som ikke var med i programmet. Forskjellen mellom kommunene i programmet og de utenfor programmet hadde derfor blitt mindre og det kan tolkes slik at deltakelse i programmet bidro til å hindre innsatskommunenes sykefravær i å øke tilsvarende.

Evalueringen finner liten effekt av de ulike tiltakene på sykefraværet, men dataene viser at de mest vellykkede tiltakene har vært tiltak som retter seg mot:

- Organisering av arbeidet
- Turnusordninger
- Heltid og deltid
- Fysiske tiltak på arbeidsplassen som spritvask, utstyr og hjelpemidler samt kartlegginger av helseplager eller arbeidsmiljø (Hovik m.fl. 2010:75)

Funnene indikerer også at tiltak som er initiert av den øverste administrative ledelsen/politikere bidrar til en sterkere reduksjon i sykefraværet enn hvis initiativet kom fra virksomhetsledere eller ansatte i førstelinjetjenesten. Det er også en sammenheng mellom lokalt samarbeid og reduksjon i sykefravær. Det ser ikke ut til at bedre tjenestekvalitet fører til lavere sykefravær. I studien påpekes det at de ikke kan finne store forskjeller når det gjelder de ulike typene av tiltak som kommunene har igangsatt for å redusere sykefraværet. Deres analyser av sykefraværet i deltakerkommunene indikerer at det er enkelte forutsetninger som ser ut til å gjøre det enklere å redusere sykefraværet og det er hvis:

- Sentrale ledere gir klare signaler om at dette er viktig for kommunen
- Samarbeidsklimaet er gunstig mellom ulike aktørgrupper i kommunen
- De ansatte trives og har gode ledere
- Velegnede fysiske tiltak (Hovik m.fl. 2010:7).

⁴⁶ Sammendrag: <http://www.ks.no/PageFiles/10268/Sammendrag-samarb-NIBR-NOVA-IRIS.pdf>
Sluttrapport: <http://www.nibr.no/filer/samarb-rapport%20NIBR-NOVA-IRIS.pdf>

Sekretariatets sluttrapport fra Kvalitetskommuneprogrammet har listet opp ti punkter for hva som virker i sykefraværarbeidet (2010:39)⁴⁷:

- Forankring
- Handlingsplan med målsetting
- Samarbeid med andre aktører
- Oppfølgingsrutiner
- Lederen og ledelsen
- Dialogmøter
- Ansattes rettigheter og plikter
- Tiltak for grupper av ansatte
- Tilrettelegging og fleksibilitet
- Kontinuerlig arbeid og fokus

6.4.8 Kvalitetskommuneprogrammet – en tiltakshåndbok

Iris (Aas og Skaugen 2007) har utarbeidet en tiltakshåndbok for sykefraværarbeid for å spre kunnskap om sykefraværstiltak til kommunene som er med i Kvalitetskommuneprogrammet. De går igjennom en rekke tiltakseksempler knyttet til fundamenteringstiltak, persontiltak og prosjekttiltak. Med fundamenteringstiltak mener de typer av grunnleggende tiltak som er rettet mot virksomhetens kulturer og strukturer og som dermed kan fungere som et fundament for sykefraværstiltakene rettet mot personer. Eksempler på dette er selvkartleggings- og målsettingstiltak, forankringstiltak, rutiner, opplæringstiltak, kulturbyggingstiltak og evalueringstiltak. De viser 31 eksempler på tiltak hvorav 19 tiltak er fra innsatskommunene, 12 fra forskningslitteraturen og seks prosjekttiltakseksempler. Det gis en kort og informativ presentasjon av alle tiltakene hvor det også vises til effektene av de ulike utprøvde tiltakene.

⁴⁷ http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Kampanjer/kvalitetskommuner/sluttrapport_kvalkom.pdf

Temaområde: Sykefravær – Psykososialt arbeidsmiljø – organisatoriske faktorer - omorganisering			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publikasjon
Gamperiene m.fl. (2007): Kunnskapsstatus. Tema 1: Sykefravær.	Kunnskapsstatus	Flere	Rapport. AFI
Gensby m.fl. (2007): Strategier for virksomheders forebyggende innsats til forbedring af det psykososiale arbeidsmiljø – et eksempel fra Storbritannien.	Del av et større prosjekt på konkrete forebyggingsstrategier i virksomheter. Utvikling av metoder for forebygging av dårlig psykososialt arbeidsmiljø.	Flere	Rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Nielsen m.fl. (2013): Gode trivselsprosesser med medarbeiderne i centrum.	Praktisk prosessmanual for arbeid med psykososialt arbeid	Flere	Manual
Osborg Ose m.fl. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene.	Arbeidsgiver- og arbeidstaker-registeret, intervjuer, spørreskjema, data fra evalueringen av IA-avtalen	Kommunal pleie- og omsorgssektor	Rapport. Sintef
NOU 2000:27, 123-124: Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.			
Aas og Skaugen (2007): Tiltakshåndbok for kommunalt sykefraværsarbeid.	Gjennomgang av ulike tiltak i sykefraværsarbeid	Kommuner	Tiltakshåndbok. Iris
Hovik m.fl. (2010): Evaluering av Kvalitetskommuneprogrammet. Sluttrapport.	Dokumentanalyser, intervjuer, survey og registerdata	Kommuner	Rapport. NIBR, NOVA og IRIS
Kvalitetskommuneprogrammet 2007-2010. Sekretariatets sluttrapport juni 2010.			Sluttrapport. Sekretariatet - Kvalitetskommune-programmet
STAMI – Ressursenter for psykologiske og sosiale faktorer i arbeidet. https://www.qps-nordic.org/no/doc/Brukerveiledning_qpsnordic.pdf http://www.stami.no/medarbeiderundersokelser			Verktøy - brukerveiledning. STAMI
Szücs m.fl. (2003) Organisatoriska faktorers betydelse för långa sjukskrivningar i kommuner.		Kommuner	
Hultberg m.fl. (2010): Kunnskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. ISM-rapport 9/2010.	Veileder og kunnskapsoversikt over helsefremmende arbeid	Kommunal pleie- og omsorg	Rapport. ISM
Knudsen m.fl. (2009): Medarbejderdeltagelsens betydning for arbejdsmiljøets kvalitet.	Casestudie, intervjuer, spørreskjema, dokumentstudier	Grunnskole, sykehus, næringsmiddelindustri, hotell, bank og IT	Rapport. Ålborg universitet

7 Lederskap

7.1 Hva er en god leder?

Ledere og deres lederskap vil ha betydning for arbeidsmiljøet – både det fysiske og det psykososiale, slik vi har sett i punktene ovenfor. Arbeidsmiljøarbeid er først og fremst en lederoppgave som man må jobbe systematisk og kontinuerlig med over tid. Samtidig så er arbeidsmiljø noe som oppstår i møtet mellom den enkelte ansatte og arbeidsorganisasjonen. Det betyr at både arbeidsgiver, den enkelte ansatte og arbeiderkollektivet har ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø til beste ikke bare for medarbeiderne, men også for brukere, pasienter, elever og deres pårørende. Men hva er en god leder?

En evaluering utført av Sintef (Osborg Ose m.fl. 2011⁴⁸) av kommunenes IA-arbeid undersøkte blant annet ledelsens rolle som en av flere betingelser for å kunne møte fremtidens utfordringer (Osborg Ose m.fl. 2011). Svarene fra de seks casekommunene tegner et variert bilde av hva en god leder er. Det er forskjeller i svarene mellom kommunene og på de ulike nivåene i kommunene, men de kommunene som har en klar forankring av visjoner og målsetting har også et tydelig og homogent svar på hva en god leder er.

Hjelpepleierne, i Sintefs undersøkelse, som oppgir at de har mindre fleksibilitet i arbeidssituasjonen har lavere sannsynlighet for å svare at den jobben de gjør blir verdsatt av nærmeste leder. Dette betyr at arbeidsmiljø- og ledelsesspørsmål henger sammen og «indirekte vil derfor variasjon i opplevd arbeidsmiljø kunne tenkes å gi en indikasjon også på ledelsesmessige forhold» (Osborg Ose m.fl. 2011:10). I likhet med mye annen forskning er det å bli sett og hørt en viktig faktor hjelpepleierne i undersøkelsen nevner i forbindelse med ledelse og et godt psykososialt arbeidsmiljø.

I andre studier hvor man har undersøkt hva arbeidstakere mener er en god leder har følgende faktorer særlig blitt nevnt:

- ser og lytter til de ansatte
- er nærværende, tilgjengelig og inkluderende
- tar tak i konflikter
- leder rettferdig
- viser omsorg for sine medarbeidere

(Arbetsmiljøverket 2012⁴⁹, Osborg Ose 2011, Lien og Gjernes 2009⁵⁰, Moland og Egge 2000).

⁴⁸ <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A18235>

⁴⁹ http://www.stamiweber.no/hefa/pdf/%20files/Den%20goda%20arbetsmiljon%20och%20dess%20indikatorer%20%20svensk%20RAP2012_07.pdf

⁵⁰ http://nordlandsforskning.no/files/Rapporter%202009/rapp_11_09.pdf

Gamperiene m.fl. (2007)⁵¹ konkluderer i en stor kunnskapsstatus om sykefravær i Norge med at det finnes svært lite forskning som belyser sammenhengen mellom lederskap og sykefravær selv om det er rimelig å anta at det finnes en slik sammenheng.

Management Standards Center i Storbritannia har utarbeidet et komplett sett av standarder for lederskap (National Occupational Standards for Management and Leadership). Det er utarbeidet standarder på en rekke områder som inngår i en leders hverdag. Standardene har vært gjennom benchmarking og er utarbeidet i samarbeid med ledere. Standardene skal dermed være eksempler på beste praksis. Det finnes en rekke korte dokumenter som sier noe om hvordan man som leder kan jobbe praktisk med ulike temaer på best mulig måte og de kan man finne på følgende nettside: <http://www.management-standards.org/standards/full-list-2008-national-occupational-standards>.

7.2 Ledelseskvalitet og medarbeideres helse og trivsel

En svensk litteraturstudie (pilotstudie) på lederskap og helse (Nyberg m.fl. 2005) finner at det er gjort få studier på hvordan lederskap og ulike former for lederstiler påvirker medarbeidernes helse. Men det påpekes samtidig at det er mange studier som kan påvise at lederskap har en indirekte påvirkning på medarbeidernes helse. Denne sammenhengen fungerer indirekte fordi ledere har stor påvirkning på faktorer som man vet har stor effekt på medarbeidernes helse slik som hvilke krav som stilles til dem i arbeidet, hvordan kontroll utøves i organisasjonen og den sosiale støtten til medarbeiderne. Teoretisk domineres denne litteraturen av to ulike lederskapsteorier; oppgaveledelse (transformativ ledelse) og relasjonsledelse (transaksjonsledelse). Relasjonsorientert ledelse har en emosjonell innretning hvor leder viser omtanke for sine medarbeidere. Leder utøver en lederstil som skal bidra til å øke medarbeidernes følelse av tilhørighet, og skal samtidig bidra til å redusere konfliktnivået i organisasjonen. Den oppgaveorienterte lederstilen er derimot kognitivt innrettet med oppgaveløsning i sentrum. Innenfor denne lederstilen blir medarbeidernes ve og vel og mellommenneskelige relasjoner nedtonet. Det er relasjonsorientert ledelse som har blitt den dominerende teorien innenfor feltet (Dilschmann 2005⁵²). I litteraturstudien oppsummeres en rekke helsefremmende faktorer ved lederskapet sett i lys av de ansattes helse og jobbtilfredshet. I lys av det relasjonsorienterte lederskapet forstås en god leder som:

- En som viser omsorg/omtanke for sine medarbeidere

51

<http://evalueringsportalen.no/evaluering/kunnskapsstatus-tema-1-sykefravaer/2007%20Kunnskapsstatus%20for%20IA-avtalens%20delm%C3%A51%201%20Sykefrav%C3%A6r.pdf/@@inline>

⁵² http://www.ekhist.uu.se/Saltsa/Saltsa_pdf/2005_5_Omtanke_SS2005_02.pdf

- En som strukturerer arbeidet for medarbeiderne gjennom veiledning. Denne veiledningen kan komme til uttrykk ved å foreslå løsninger på medarbeidernes arbeidsrelaterte problemer og å legge til rette for arbeidet, særlig i stressende situasjoner
- Lar medarbeiderne kontrollere eget arbeidsmiljø, skaper strukturer som bidrar til empowerment og muligheter for deltakelse, autonomi og kontroll for medarbeiderne
- Inspirerer de ansatte til å se meningen i arbeidet
- Gir de ansatte intellektuell stimulering
- Er karismatisk

På den annen side blir en dårlig leder karakterisert på følgende måte:

- Viser ikke omsorg/omtanke
- Initierer strukturer i arbeidet, men uten å vise omtanke for de ansatte
- Frarøver de ansatte muligheten til deltakelse, autonomi og kontroll
- Bruker bare en transaksjonell lederstil
- En som ikke bryr seg (laissez-faire-ledelse) og som ikke responderer på de ansattes behov og som ikke følger med på de ansattes arbeidsinnsats (Nyberg m.fl. 2005:31).

En annen svensk undersøkelse konstaterer at relasjonsorientert ledelse har betydning for medarbeidernes helse (Dilschmann 2005).

En dansk undersøkelse (Holten og Nielsen 2007)⁵³ finner at det er en klar sammenheng mellom lederstil og medarbeidernes psykososiale arbeidsmiljø og de antyder at man bør være oppmerksom på leders rolle og lederstil når arbeidsmiljøet skal forbedres. Og en annen dansk studie (Clausen og Borg 2007)⁵⁴ som ser på ledelseskvalitet i eldreomsorgen viser at danske medarbeidere ansatt i eldreomsorgen er noe mer tilfreds med nærmeste leder enn andre lønsmottakere og at andelen medarbeidere som er tilfreds med nærmeste leder er nesten dobbelt så stor som den andelen som ikke uttrykker tilfredshet. Men undersøkelsen finner at det er store forskjeller i opplevd ledelseskvalitet mellom de kommunene og de enhetene som er med i undersøkelsen, og at det innenfor enkelte kommuner er et stort forbedringspotensiale. Undersøkelsens funn indikerer at medarbeiderens opplevelse av ledelseskvalitet henger sammen med faktorer i det psykososiale arbeidsmiljøet og til de organisatoriske rammene på arbeidsplassen. De kunne ikke finne noen sammenheng mellom det fysiske arbeidsmiljøet og medarbeidernes opplevelse av ledelseskvalitet. Følgende faktorer har i følge studien betydning for medarbeidernes opplevelse av god ledelseskvalitet:

- progressive helsefremmende tiltak (adgang til fysioterapi og massasje)
- oppfølging av arbeidsulykker med forebyggende aktiviteter
- innflytelse og utviklingsmuligheter for medarbeiderne

⁵³ <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/sosu-rapport-9.pdf>

⁵⁴ <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/~media/Boeger-og-rapporter/sosu-rapport-8.pdf>

I virksomheter hvor de ansatte opplever god ledelseskvalitet er medarbeiderne mer engasjert i arbeidet sitt og de opplever høyere grad av mening. Studien fant også at de ansatte i slike virksomheter i mindre grad rapporterer om klientrelatert trøtthet, at medarbeiderrelasjonene er gode og opplevelsen av trivsel er høyere enn i virksomheter hvor ledelseskvaliteten ikke ble vurdert som like god.

På den annen side var medarbeiderne mindre tilfredse med sin nærmeste leder ved følgende forhold:

- lav bemanning
- rollekrav
- krav til å skjule følelser
- høyt arbeidstempo

Studien finner kun en svak sammenheng mellom opplevd ledelseskvalitet og gjennomsnittlig fravær fra arbeidsplassen på arbeidsplassnivå, men på grunnlag av andre funn i studien antar man at ledelseskvalitet har en sterk indirekte effekt på arbeidsfravær. Lav bemanning handler om rammebetingelser og ledelseskvalitet bør dermed ses i lys av slike rammebetingelser og den konteksten lederskapet skal utføres innenfor.

IA-arbeidet på den enkelte arbeidsplass kan ha mange ulike innretninger og lokale løsninger og resultatene av IA-arbeidet vil derfor variere fra arbeidsplass til arbeidsplass. En studie fra IRIS påpeker at det finnes lite forskningsbasert kunnskap om hva som kjennetegner IA-virksomheters praksis på området og leders rolle i dette arbeidet, men de finner at nøkkelfaktoren for et vellykket arbeid er forankring i ledelsen (Mørk m.fl. 2009). En annen viktig faktor for vellykket IA-arbeid er basert på et godt tillitsforhold mellom ansatte og ledelsen. Rapporten peker på flere faktorer knyttet til leder som er viktige for å oppnå IA-forankring, men funnene viser samtidig at tillit mellom leder og ansatt utgjør det sentrale elementet. De fire forutsetningene for IA-forankring knyttes til: i) Leders engasjement, holdninger og verdier, ii) leders IA-ansvar og roller, iii) leders kunnskap og kompetanse om IA og iv) IA-samarbeid, involvering og dialog. IRIS fremstiller det på denne måten (Mørk m.fl. 2009: 23-26):

i) Leders engasjement, holdninger og verdier

Hva	Hvem	Hvordan
Leders engasjement, holdninger og verdier	Toppleder/nærmeste leder	<ul style="list-style-type: none"> • Være ildsjel • Motivere • Være initiativrik/ pådriver
<i>Motiverende og positiv til IA-arbeidet, med omsorg og respekt for ansatte</i>	Nærmeste leder overfor ansatte	<ul style="list-style-type: none"> • Vise omsorg • Ha en positiv grunnholdning • Ha respekt • Vise tillit

ii) Leders ansvar og roller:

Hva	Hvem	Hvordan
Leders ansvar og roller	Toppleder	<ul style="list-style-type: none"> • Stille krav til linjeledelse • Kontroll av linjeledelse
<i>Ansvar for IA-arbeidet og oppfølging av ansatte. Krav til og kontroll av linjeledelse</i>	Nærmeste leder	<ul style="list-style-type: none"> • Prioritere IA • Eierskap til prosessen • Trygg i lederrollen • Følge opp sykemeldte • Sette grenser jobb/ privat

iii) Leders kunnskap og kompetanse om IA:

Hva	Hvem	Hvordan
Leders kunnskap og kompetanse om IA	Nærmeste leder	<p><i>Innsikt og forståelse for:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betydningen av å være en IA-virksomhet • At det må arbeides aktivt med IA • IA krever tid og ressurser, forståelse for ansattes sykdomsproblematikk
<i>Innsikt, forståelse og kunnskap om IA og hvordan opptre som leder</i>	Nærmeste leder	<p><i>Kunnskap og kompetanse om:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Virksomhetens begrunnelse for å bli en IA-virksomhet • Intensjonene med IA-avtalen • Relevante lov og regelverk • Styrende dokumenter • Kommunikasjon og samhandling • Ansattes sykdom • Å takle vanskelige situasjoner • Relevante samarbeidspartnere og støttespillere
	Nærmeste leder	<p>Sentrale lederegenskaper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løsningsorientert • Praktisk anlagt • Kreativ • Kommunikativ • Dokumentasjonsevne

iv) IA-samarbeid, involvering og dialog:

Hva	Hvem	Hvordan
Leders IA-samarbeid, involvering og dialog	Nærmeste leder	Samarbeide med leders sentrale samarbeidspartnere som: <ul style="list-style-type: none">• NAV• BHT• Leger• Personalavdeling• Virksomhetens IA-kontakt• Tillitsvalgte• Verneombud
	Nærmeste leder	Samarbeidsfora for IA-arbeidet: <ul style="list-style-type: none">• Bredt sammensatt utvalg satt i system i virksomheten• Ulike samarbeidspartnere representert i de ulike utvalgene
<i>Samarbeid med ulike instanser og etablering av fora for dette?</i>	Nærmeste leder	Sentrale forutsetninger: <ul style="list-style-type: none">• Lett tilgjengelig støtteapparat• Felles målsetning for samarbeidspartnere• Tillitsvalgte og ansattes involvering• Tett dialog mellom leder og ansatt

Kilde: Mørk m.fl. (2009, s. 23-26)⁵⁵.

7.3 Helsefremmende lederskap og medarbeiderskap – eksempel på en metode

En svensk metode om helsefremmende lederskap og medarbeiderskap (HLM) er ment å forbedre arbeidsmiljø og helse gjennom ledelse. Denne metoden er utviklet med et utgangspunkt i sammensmeltingen av helsefremmende arbeid og arbeidsmiljø. Begrepet arbeidshelse (arbetshälsa) skal forstås som:

(...) en kombination af de faktorer, de ansatte tager med sig ind i arbejdet (sundhedsvaner, personlige ressourcer, holdninger etc.), og hvordan arbejdet påvirker deres sundhed (gennem organisering af arbejdet, fysisk og psykosocialt arbejdsmiljø samt sundhedsfremmende tiltag). HLM er en metode til, gennem reflekterende gruppediskussioner blandt ledere, at påvirke virksomhedens udvikling i retning af større "arbetshälsa" (Simonsen 2010:27).

Metoden har fokus på ledernes forståelse av arbeidsmiljø og har dette som utgangspunkt for endringer mot et bedre arbeidsmiljø og helse.

⁵⁵ <http://www.iris.no/home>

HLM skal gjennom reflekterende gruppediskusjoner blant ledere påvirke virksomhetens utvikling mot større arbeidshelse. Møtene er ment å bidra til å endre lederne måter å tenke om deres egen rolle og innflytelse på medarbeidernes helse samt å øke deres forståelse av arbeidsmiljøet i deres virksomhet. Metoden er også ment å få lederne til å tenke på egen helse og arbeidsmiljø som en del av den daglige driften av virksomheten. En evaluering av metoden viste at medarbeiderne opplevde bedre selvvardert helse og mange av lederne syn på sine medarbeidere er også endret. Før prosjektet så mer enn 20 prosent av lederne medarbeiderne som en stor kilde til problemer, mens etter prosjektet mente 6 prosent av lederne dette. Før prosjektet så kun 55 prosent av lederne medarbeiderne sine som en ressurs mens dette hadde økt til 80 prosent etter prosjektet. Lederne mener det er positivt å få strukturert deres arbeidsmiljø- og helsefremmende arbeid. De finner det også positivt å ha tid til å snakke om disse innsatsene og gjennom dialog med andre ledere få større innsikt i denne type arbeid.

7.4 Lederskap, rammebetingelser og kjønn

Lederskap foregår innenfor gitte rammer – både økonomiske og organisatoriske. Hvilke rammebetingelser en leder styrer under vil kunne bety mye for hvordan lederskapet utøves, men samtidig vil det være rom for mange ulike former for lederskap gitt samme type rammebetingelser (Lien og Gjernes 2009:97). Det snakkes og skrives mye om at det er forskjeller mellom mannlige og kvinnelige ledere, men det er mindre fokus på hvilke rammebetingelser lederne jobber under. En svensk doktoravhandling (Kankkunen 2009) ⁵⁶viser at kvinnelige sjefer i svenske virksomheter innenfor pleie og omsorg og skole i gjennomsnitt har ansvaret for tre ganger så mange ansatte som mannlige ledere i typiske mannsyrker og mener dette betyr at det er ulike forutsetninger for å drive ledelse. Hennes studie fant at kvinnelige enhetsledere i snitt hadde ansvaret for 55 medarbeidere mens ledere i tekniske yrker i snitt hadde ansvaret for 18 medarbeidere. I tillegg hadde mannlige ledere innen tekniske yrker mer administrativ støtte enn de kvinnelige sjefene, hvor det meste av denne støtten var rasjonalisert vekk.

Den største forskjellen mellom typiske kvinnedominerte virksomheter og mannsdominerte virksomheter var den vertikale kommunikasjonen hvor de kvinnelige sjefene i større grad ble anklaget for å ikke være så nærværende for sine medarbeidere som de mannlige. Kvinnene endte i større grad opp med å fungere som administratorer fremfor å være en nærværende leder for sine ansatte. Avhandlingen viste også at mannlige sjefer i typiske mannsdominerte virksomheter hadde god kommunikasjon med politikerne og ledere på høyere nivå slik at de i større grad kunne informere om virksomhetens måloppnåelse og budsjett. Kvinnelige sjefer i typiske kvinneverksamheter hadde så og si ingen kontakt med politikerne og kontakten med øvrige ledernivå var i mindre grad preget av å sette utfordringer i organisasjonen i sammenheng med mer strategiske spørsmål. I de kvinnedominerte

⁵⁶ <http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?searchId=1&pid=diva2:200521>

virksomhetene var det mindre kultur for å ta opp problemer med ledere på høyere nivå og problemene stoppet dermed opp hos virksomhetslederen som måtte løse dem på egenhånd. Med mange ansatte og ingen administrativ støtte blir dermed virksomhetslederen satt i en vanskelig situasjon i forhold til sine ansatte. Forskeren hevder dermed at det stilles ulike krav til ledere i typisk kvinnedominerte virksomheter sammenlignet med ledere i typiske mannsdominerte yrker.

En studie fra SINTEF (Osborg Ose m.fl. 2011) påpeker også i en evaluering av IA-arbeidet i norske kommuner at grunnlaget for et godt samarbeid og flyt av informasjon fra virksomhet til politiske nivå ikke alltid er til stede med den konsekvens at politikerne ikke får nok informasjon fra linjen om konsekvensen av politiske vedtak. Informasjon knyttet til arbeidsmiljømessige forhold blir ofte sensurert før det når kommunens administrative og politiske nivå med de konsekvenser det kan ha for innføring av tiltak av ulike slag.

Temaområde: Sykefravær. Lederskap			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publikasjon
Osborg Ose m.fl. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene.	Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret, intervjuer, spørreskjema, data fra evalueringen av IA-avtalen	Kommunal pleie- og omsorgssektor	Rapport. Sintef
Arbetsmiljøverket (2012): Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer.	Kunnskapsstatus		
Lien og Gjernes (2009): - Miljøet hos oss er helt konge!	Intervjuer og survey	Kommunale sykehjem og barnehager	Rapport. Nordlandsforskning
Gamperiene m.fl. (2007): Kunnskapsstatus. Tema 1: Sykefravær	Kunnskapsstatus	Flere	Rapport. AFI
Nyberg m.fl. (2005): The impact of leadership on the health of subordinates.	Kunnskapsstatus		
Dilschmann (2005): Omtanke och struktur - om ledarskap och medarbetarnas hälsa.	Kunnskapsstatus. Del av et større samarbeidsprosjekt for arbeidsforskning i Europa - SALTSA (Samarbetsprogrammet för arbetslivsforskning i Europa mellan LO och TCO)		Rapport. Arbetslivsinstitutet
Holtén og Nielsen (2007): Ledelsesstil, psykosocialt arbeidsmiljø og trivsel i ældreplejen.	Spørreskjema og Experience Sampling Method. Utvalg: 447 ledere og medarbeidere. Handler om hvordan ledere kan påvirke det psykososiale arbeidsmiljøet.	Kommunal pleie- og omsorg	Rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Clausen og Borg (2007): Ledelse i ældreplejen-	Survey. Om ledelseskvalitet. Del av en større undersøkelse: Arbejde i ældreplejen.	Danske kommuner/pleie- og omsorg	Rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø
Kankkunen, T.F. (2009): Två kommunala rum: Ledningsarbete i genusmärkta tekniska respektive omsorgs- och utbildningsverksamheter.	Intervjuer	Kommuner/sosial- og helse, skole og teknisk sektor	PhD-avhandling
Hultberg m.fl. (2010): Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. ISM-rapport 9/2010.	Veileder og kunnskapsoversikt over helsefremmende arbeid	Kommunal pleie- og omsorg	Rapport og veiledder. ISM
Mørk m.fl. (2009): IA-forankring i ledelsen	Intervjuer	NAV og IA-virksomheter	Rapport. IRIS
Simonsen m.fl. (2010): Strategier for virksomheders forebyggende indsats til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø - eksempler fra Sverige.	To eksempler på arbeidsmetoder		Rapport. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

8. Helsefremmende arbeid

Begrepet helsefremmende arbeid begynte å dukke opp på 1990-tallet, men begrepet helsefremmende arbeidsplasser stammer fra 1986 da Ottawa-charteret nedfelte prinsippene om dette. Denne tilnærmingen ble 11 år senere videreført i Luxembourg-deklarasjonen fra 1997⁵⁷. Det tok ytterligere fem år før konseptet helsefremmende arbeidsplasser ble nedfelt i den norske Lillestrømerklæringen i 2002 (www.stami.no). Også den norske arbeidsmiljøloven er inspirert av denne tilnærmingen ved at lovverket ikke bare slår fast at arbeidsmiljøet skal være innrettet slik at arbeidstakerne skal vernes for å unngå skader og ulykker, men også at arbeidet skal være helsefremmende: «Lovens formål er å sikre arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon» (AML §1 – 1)⁵⁸.

Helsefremmende arbeid-tilnærmingen er opptatt av *hele* mennesket - både det organisatoriske mennesket (medarbeideren) og det private mennesket. Tiltak innenfor denne tilnærmingen bør dermed rette seg mot tiltak både på det organisatoriske nivået, arbeidsplassnivået og på individnivå. Det kan være mange ulike grunner til at virksomheter velger en tilnærming som helsefremmende arbeid og det trenger ikke nødvendigvis kun handle om å redusere sykefraværet. Andre vanlige mål er å øke de ansattes arbeidsmotivasjon, øke de ansattes trivsel og velvære samt deres arbeidsevne. Dette blir ofte sett i sammenheng med økt kvalitet i de tjenester virksomheten tilbyr.

Karolinska Institutet (2010)⁵⁹ i Sverige har utarbeidet en kunnskapsbase for hvordan virksomheter kan jobbe for å lykkes med helsefremmende arbeid hvis formålet er å forebygge smerter i nedre delen av ryggen og nakke- og skulderplager. De har utarbeidet en enkel oversikt over hvordan man kan jobbe med helsefremmende arbeid med tiltak på organisasjonsnivå, arbeidsplassnivå og individnivå.

STAMI har utarbeidet ulike faktaark knyttet til smerter i korsryggen, muskel- og skjelettsmerter og nakke- og skuldresmerter. Disse faktaarkene kan lastes ned på følgende nettside: <http://www.stami.no/fakta-om-arbeid-og-helse>.

⁵⁷ http://www.enwhp.org/fileadmin/rsdokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf

⁵⁸ <http://lovdata.no/all/nl-20050617-062.html>

⁵⁹ http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Arbetsliv/Arbetsliv%20-%20rapporter/2010_19%20Skapa%20en%20h%c3%a4sofr%c3%a4mjande%20arbetsplats%20och%20f%c3%b6rebygg%20v%c3%a4rk%20i%20rygg%20och%20nacke-skuldror.pdf

8.1 Helsefremmende arbeid - prosessstilnærming

En dansk studie påpeker at mange danske kommuner har begynt å vri sitt sykefraværarbeid med fokus på risikofaktorer til helsefremmende arbeidsplasser med fokus på medarbeidernes helse og trivsel, men påpeker samtidig at kommunene sjelden systematiserer og målretter sine initiativer særlig godt. Kommunene foretar sjelden gode innledende analyser av staben og kartlegginger av hvilke spesifikke behov for helsefremmende innsats virksomheten har. Mange av tiltakene som settes i gang er typiske personalgoder og er sjelden et resultat av en systematisk og strategisk vurdering av det å jobbe systematisk med helsefremmende tiltak og det påpekes også at tiltakene man benytter i liten grad evalueres. Det spekuleres på om virksomhetene mangler kunnskap og verktøyer som kan hjelpe dem til å jobbe mer strukturert med helsefremmende arbeid og at mange kommuner mangler kunnskap om sammenhengen mellom innsats og effekter (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2003)⁶⁰. Undersøkelsen viser til ulike metoder og verktøys styrker og svakheter som er benyttet i 20 case/virksomheter innenfor flere ulike sektorer i forbindelse med sykefravær og arbeidsfastholdelse i Danmark. De har gått nærmere igjennom fire grupperinger av metoder og verktøy i lys av deres styrker og svakheter benyttet på: i) kunnskapsinnhenting og analyse, ii) organisasjonsnivå, iii) individnivå og iv) partnerskap og nettverk som metode. I arbeidet med sykefravær er kunnskapsinnhenting og analyse en forutsetning for å målrette en innsats. Disse metodene vil ikke i seg selv bidra til å redusere sykefraværet, men de vil være viktige for å skaffe seg nødvendig informasjon om det man oppfatter som å være et problem. Den nødvendige type informasjon kan innhentes via sykefraværstatistikker, fravær- og trivselsundersøkelser, undersøkelser eller vurderinger av det fysiske arbeidsmiljøet, sykepengeprofiler og risikoprofiler. Den innsikten slike undersøkelser og statistikker skaper kan bidra til å identifisere problemene, og om problemet er å finne på enkelte avdelinger, innenfor en faggruppe eller om det handler om enkeltindivider.

De fleste virksomhetene har benyttet ulike forankringsstrategier slik som å innlemme metodene og verktøyene i virksomhetens permanente rutiner og personalpolitikk, de har ansatt en fast prosjektkoordinator/ressursperson og de har etablert formaliserte ulike samarbeids-/nettverksfora som er benyttet i forbindelse med intern forankring og til erfaringsspredning eksternt. Elementer som påpekes å ha betydning for å videreutvikle de ulike innsatsene er at ledelsen i virksomheten involverer seg og at det settes av ressurser, at medarbeiderne involveres, at en ressursperson har det praktiske ansvaret og at man kan benytte ekstern kompetanse for eksempel gjennom partnerskap og nettverkssamarbeid. Undersøkelsen har ikke utført systematiske og tverrfaglige effektmålinger, men rapporten ramser opp effekter på hvert enkelt case der man har kunnet påvise dette. Studien har laget en god oversikt over hva man bør tenke på og hvordan man bør gå frem for best mulig å lykkes med sitt sykefraværarbeid. Denne arbeidsmetoden kan man lese om i kapittel 1.

⁶⁰ <http://www.ams.dk/Publikationer/2003/pub187.aspx?p=3&pub=pub0186&show=clean>

8.2 Forebygging og helsefremmende arbeid

Forskningen påpeker at det ikke alltid er enkelt å skille mellom et mer tradisjonelt forebyggingperspektiv og et helsefremmende arbeidsplassperspektiv når man snakker om sykdom og dårlig helse. Et viktig skille er at forebygging («prevention») gjerne rettes mot enkeltindivider eller en spesifikk gruppe av individer som betraktes som å tilhøre en risikogruppe, og handler i stor grad om å identifisere ulike risikoforhold og på grunnlag av dette innføre tiltak som skal bidra til å minske denne risikoen for skader og dårlig helse hos disse individene/grupper av individer. Helsefremmende arbeid («promotion») inkluderer gjerne alle ansatte i organisasjonen og som arbeidsgiver er man opptatt av å skape støttende og helsefremmende arbeidsmiljø for alle. Disse to perspektivene komplementerer gjerne hverandre (Menckel i Källestål 2004:15)⁶¹. Men den Nordiske forskningen har kritisert den helsefremmende arbeidstilnærmingen for å ikke skille seg nevneverdig fra tradisjonelt forebyggende arbeid i arbeidslivet og at tilnærmingen handler for mye om livsstilsendring fremfor arbeidsmiljørettet arbeid (Torp, Eklund og Thorpenberg 2011)⁶².

8.3 Helsefremmende faktorer og tiltak

Forskningen peker på at effektene av helsefremmende arbeidsintervensjoner har vært vanskelig å påvise i den forstand at man ikke med sikkerhet kan si at det har bedret de ansattes helse, eller at man har redusert sykefraværet i virksomheten (Eklund m.fl. 2006)⁶³. Samtidig finner man virksomhetseksempler på Idebankens hjemmeside som påpeker at tilnærmingen har hatt effekt på sykefraværet. Det finnes også andre studier som viser til at enkelte faktorer bidrar til å fremme helse.

Arbetsmiljöverkets kunnskapsstatus (2012:43)⁶⁴ viser til en studie som har kartlagt over 200 forskjellige arbeidsplasser som har lyktes med å fremme helse og forebygge dårlig helse (uhelse). Det er en rekke strategier og faktorer som går igjen på tvers av disse studiene, og som viser seg å fremme helse:

- Aktivt og systematisk arbeidsmiljøarbeid og helsefremmende aktiviteter
- Passe arbeidsbelastning
- Medarbeidernes innflytelse og delaktighet
- Nærværende, støttende og anerkjennende ledere
- Positivt arbeidsklima
- Muligheter for kompetanseutvikling
- Samarbeid med bedriftshelsetjenesten og andre eksterne aktører

⁶¹ <http://www.fhi.se/Publikationer/>

⁶² <http://ped.sagepub.com/content/18/3/15.abstract>

⁶³ https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4363/1/ah2006_17.pdf

⁶⁴ http://www.stamiweber.no/hefa/pdf%20files/Den%20goda%20arbetsmiljön%20och%20dess%20indikatorer%20%20svensk%20RAP2012_07.pdf

En annen, større britisk studie som omtales i Arbetsmiljøverkets kunnskapsstatus (Black 2008 i Arbetsmiljøverket 2012:44) som undersøker ulike faktorerens betydning for å lykkes med helsefremmende tiltak påpeker følgende:

- Programmene/tiltakene må ta utgangspunkt i medarbeidernes behov
- Ledelsen må også delta i programmene
- Programmene må ta utgangspunkt i virksomhetens overgrepene oppgaver og mål
- Kommunikasjonen må være god
- De ansatte må involveres
- Man må måle resultatene av programmene/tiltakene

En studie referert i Major m.fl. (2011)⁶⁵ påpeker at det er mindre sannsynlighet for at forebygging på individnivå vil lykkes over tid hvis man ikke samtidig gjør noe med et belastende arbeidsmiljø. Samtidig vises det til at de fleste forebyggende tiltakene rettes mot medarbeideren, og ikke arbeidsplassen. De individrettede tiltakene er særlig rettet mot manglende mestringferdigheter, stress og metoder for avspenning (Major m.fl. 2011:51). Arbeidsplasser som benytter et helsefremmende arbeidsplassperspektiv vil ofte tilby sine ansatte ulike trivselstiltak som skal være et bidrag til å øke individets helse og trivsel. Det finnes uendelig mange slike trivselstiltak som tilbud om å delta på ulike kulturarrangementer, massasjestol på arbeidsplassen, julebord, vinlotterier, kor og lignende (Aas og Skaugen 2007)⁶⁶ og tiltak rettet mot å bedre individets helse gjennom tilbud om trim, røykekuttkurs, kostholdskurs og stressmestringskurs. Litteraturen i denne studien finner i liten grad støtte for at slike tiltak har noen effekt på sykefravær. Skolleruds (2008)⁶⁷ metaanalyse av en rekke tiltak funnet på Idebanks hjemmeside (2011) viser at man ikke kan finne noen effekt av trening og treningskort på sykefravær, men at ergonomiske tiltak, hjelpemidler og fysioterapi har en effekt.

Major m.fl. (2011:15) fant også at tiltak knyttet til fysisk aktivitet, livsstilsendring og ergonomisk tilrettelegging fungerte bedre enn opplysningsstiltak og psykologiske intervensjoner. Kunnskapsoversikten refererer også til en studie som undersøkte tiltak for å redusere stress hos helsearbeidere og fant at individrettede tiltak, tiltak som både var rettet mot medarbeideren og arbeidsforholdene og organisatoriske intervensjoner ga små, men positive effekter på utbrenthet og helseplager og angst (Major m.fl. 2011:52). Videre refereres det til en studie som undersøker helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid rettet mot psykisk helse (angst og depresjon) og i denne studien anbefales følgende (Major m.fl. 2011:52):

⁶⁵ <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

⁶⁶ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/prosjekter/sammenomenbedrekommune/saman-om-ein-betre-kommunes-temaer/sykefravar/forskning-og-rapporter.html?id=675716>

⁶⁷ <https://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%0d8I%20rapporter/2008/992-2008/992-2008-internet.pdf>

- Tidlig identifisering av problemer gjennom et varslingsystem
- Inkludere arbeidstakerne i alle faser av prosjektet
- Prosjektet må være integrert i ledelsens filosofi
- Inkludere intervensjoner både i forhold til individ, sosialt miljø og arbeidsforhold
- Prosjektet bør dekke både primært og sekundært forebyggende arbeid
- Prosjektet bør iverksettes av et tverrfaglig team, og inkludere ulike tiltak som opp trening, rådgivning og kartleggingsundersøkelser

En kunnskapsoversikt fra Sintef Helse (Osborg Ose 2010)⁶⁸ påpeker at fysisk inaktivitet, røyking, alkoholforbruk, overvekt og fedme er individuelle risikofaktor for ulike sykdommer og at personer som er fysisk aktive på fritiden har mindre sykefravær enn personer som ikke er fysisk aktive på fritiden. Samtidig understrekes det at det er store kunnskapshull knyttet til sammenhengen mellom livsstil og sykefravær.

SHIS (Salutogenic Health Indicator Scale) og WEMS (Work Experience Measurement Scale)

Högskolan i Kristianstad har samarbeidet med Ängelholms sjukhus hvor de har utviklet et verktøy for å måle indikatorer på helse. De har utviklet det de kaller SHIS (Salutogenic Health Indicator Scale) og WEMS (Work Experience Measurement Scale). WEMS er en metode som måler opplevelsen av salutogene arbeidsmetoder ved hjelp av et enketverktøy. Spørsmålene i enketen er virksomhetsnære og er knyttet til seks ulike temaer som handler om hvordan man opplever arbeidsforholdene sine. Temaene er: støttende arbeidsforhold, individuelle opplevelser, selvbestemmelse, opplevelse av tid, lederskap og forandringsarbeid. Selv om fokuset er sykehus vil det antakelig være interessante ting å hente fra disse verktøyene: (<http://www.hkr.se/sv/forskning/forskningsmiljoer/manniska-halsa-samhalle/pagaende-projekt/utveckling-av-halsoskapande-arbetsplats-ett-forskningsprojekt-om-anvandbara-meningsfulla-och-hallbara-enkatprocesser/>).

⁶⁸ <http://www.sintef.no/uploadpages/31462/A14516.pdf>

Temaområde: Sykefravær. Helsefremmende arbeid			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publikasjon
Karolinska Institutet (2010:19): Skapa en hälsofrämjande arbetsplats.	Tips arbeid med helsefremmende arbeidsplasser		Brosjyre
Menckel i Källestål (2004): Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter.	Kunnskapsstatus		Rapport. Statens Folkhälsoinstitut
Torp m.fl. (2011): Research on workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986-2008.	Kunnskapsstatus		Artikkel. Høgskolen i Vestfold, Department of Health and Culture, University of West Trollhättan, Sverige og Nordic School of Public Health, Göteborg, Sverige
Eklund m.fl. (2006): Arbetsmiljöarbete och effekter - en kunskapsöversikt.	Kunnskapsstatus	Flere	Rapport. Arbetslivsinstitutet
Arbetsmiljöverket (2012): Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer.	Kunnskapsstatus		Rapport. Arbetsmiljöverket
Aas og Skaugen (2007): <i>Tiltakshåndbok for kommunalt sykefravær</i> .		Kommuner	Tiltakshåndbok. IRIS
Major m.fl. (2011): Bedre føre var...	Kunnskapsstatus		Rapport. Folkehelseinstituttet
Osborg Ose, S. (2010): Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag.	Kunnskapsstatus		Rapport. Sintef
Inspirasjon til arbeidet med helsefremmende tiltak på arbeidsplassnivå: http://www.sst.dk/publ/Publ2009/CFE/Sundhed_trivsel/sundhed_og_trivsel.pdf	Ramme for arbeidet med helsefremmende tiltak i virksomheter	Kommunal og privat sektor	Veiledningsbrosjyre. Sundhedsstyrelsen
Arbejdsmarkedsstyrelsen (2003): Sygefravær - Et fælles ansvar. http://www.ams.dk/Publikationer/2003/pub187.aspx?p=3&pub=pub0186&show=clean	Metoder og verktøy for arbeid med sykefravær	Private og offentlige	Rapport. Arbejdsmarkedsstyrelsen
Skollerud (2008): Effekter av tiltak på sykefravær.	Metaanalyse av studier på Idebankens hjemmeside	Ulike	
Ekenvall m.fl. (2008): Ledningens enkät svar bekräftar intervjuresultatet. Delstudie 3. Hälsa och framtid.	Prosjekt - organisatoriske faktorer betydning for ansattes helse	Privat sektor	Rapport. Karolinska Institutet, Uppsala Universitet og Stockholms läns landsting

9. IA-virkemidler

Det finnes en rekke virkemidler IA-virksomheter har tilgang til. Disse virkemidlene er både nasjonale, virksomhetsrettede og individrettede. I punktene under vil vi komme nærmere inn på disse.

9.1 IA-avtalen

Siden 2001 har intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv mellom partene i arbeidslivet og Regjeringen vært et hovedvirkemiddel for å forebygge og redusere sykefravær, øke sysselsettingen av personer med redusert funksjonsevne, hindre utstøting fra arbeidslivet og øke avgangsalderen for eldre arbeidstakere. I avtalen presiseres det at arbeidsplassen er den viktigste arenaen for å hindre utstøting og for å forebygge unødvendig sykefravær. Siden den første avtalen ble inngått i 2001 er avtalen blitt fornyet to ganger, siste gang i 2010 med en avtaleperiode som varer frem til 2013 (Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 2010). IA-avtalen og protokollen fra 2010 gjelder i all hovedsak for hele arbeidslivet og oppfølging av sykemeldte er lovregulert f.o.m. 1. juli 2011.

Hammer (2007)⁶⁹ viser for øvrig i en evaluering av IA-avtalen at til tross for at mange statlig og kommunale virksomheter har underskrevet IA-avtalen så har hver fjerde virksomhet ikke fulgt opp dette arbeidet i virksomheten.

Mye av fokuset i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv har vært konsentrert om delmål 1 - å redusere sykefraværet - og redusert sykefravær har også vært en viktig motivasjon for virksomhetene som har inngått IA avtale (Osborg Ose mfl. 2009). Forskning viser at virksomheter som har IA-avtale har høyere sykefravær enn virksomheter som ikke har IA-avtale og en vanlig forklaring på dette er at virksomheter som har valgt å undertegne IA-avtalen i utgangspunktet har et høyt fravær (Osborg Ose m.fl. 2009, Midtsundstad 2005⁷⁰, Hammer 2007). Forskning viser også at IA-avtalen har vært mindre effektiv i statlig og kommunal sektor sammenlignet med privat sektor. Osborg Ose m.fl. (2011)⁷¹ antyder at IA-avtalen muligens ikke er godt nok tilpasset kommunal sektor og begrunner dette med at det i kommunene ikke finnes arenaer, eller gode nok arenaer, for å arbeide med forebygging og mistrivsel.

⁶⁹ http://www.nova.no/asset/2694/1/2694_1.pdf

⁷⁰ <http://www.faf.no/pub/rapp/764/764.pdf>

⁷¹ <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A18235>

9.2 Verktøy og virkemidler for IA-virksomheter

Flere av grepene som er tatt de senere årene for å redusere sykefraværet i norsk arbeidsliv slik som tettere oppfølging av de sykemeldte (utarbeide oppfølgingsplan og deltakelse i dialogmøter) og bruk av gradert sykemelding gjelder for hele arbeidslivet. Samtidig finnes det en rekke NAV-virkemidler som er utviklet i forbindelse med IA-avtalen. En kunnskapsstatus fra IRIS viser at det er 49 ulike NAV-virkemidler knyttet til sykefravær og uførhet, men at effektene av disse tiltakene ofte er diffuse og uoversiktelige (Ellingsen m.fl. 2010). I forbindelse med IA avtalen er det også utviklet verktøyportaler for lokal innsats på arbeidsplassnivå for å redusere sykefravær (www.inkluderende.no, www.idebanken.org). På disse sidene vil man finne kunnskap, eksempler, verktøy og metoder som kan nyttes i lokalt utviklingsarbeid.

Det er et mangfold av virkemidler, men det er kun IA-virksomheter som har tilgang til følgende:

- Hvert fylke har et Arbeidslivssenter hvor IA-virksomheter får tildelt en egen kontaktperson som kan bistå med å fastsette virksomhetens IA-mål
- IA-virksomheter kan få tilretteleggingstilskudd
- IA-virksomheter har tilgang til Bedriftshelsetjenestehonorar
- IA-virksomheter har utvidet adgang til bruk av egenmeldinger med inntil 24 dager i året

Det er for øvrig ikke slik at alle IA-virksomheter mottar den samme oppmerksomheten og hjelpen fra NAV. Arbeidslivssentrene har begrensede ressurser og det innebærer at de ikke har anledning til å følge alle IA-virksomheter like tett. De foretar derfor ofte et strategisk utvalg av virksomheter og det er særlig enkelte større virksomheter med høyt sykefravær som får tettere oppfølging enn andre. Osborg Ose m.fl. (2009)⁷² viste at 63 prosent av rådgiverne oppga at deres hovedaktivitet i all hovedsak er rettet mot store virksomheter med flere enn 100 ansatte. Undersøkelsen viste også at mindre virksomheter i større grad kontakter NAV lokalt fremfor arbeidslivssentrene når de har spørsmål.

9.2.1 NAV Arbeidslivssenter og NAV lokalt

Rollefordelingen mellom NAV arbeidslivssenter og NAV lokalt er i noen fylker mindre tydelig enn i andre fylker. Det innebærer at enkelte rådgivere i arbeidslivssentrene, som primært skal jobbe systemrettet, også jobber individrettet. Det systemrettede arbeidet betyr at rådgiverne kun skal bidra med rådgivning overfor virksomhetene og at virksomhetene med eventuelt andre relevante aktører skal følge opp enkeltsaker. Denne ulike organiseringen fører til at virksomhetene mottar ulik hjelp avhengig av geografisk beliggenhet (Midtsundstad og Bogen 2011)⁷³. Tidligere studier har vist at virksomhetenes kontakt med arbeidslivssentrene og forholdet til den utpekte kontaktpersonen har betydning for virksomhetenes

⁷² <http://www.seniorpolitikk.no/var/uploaded/images/FF-IA-avtale/IA-SINTEFF.pdf>

⁷³ <http://www.faf.no/pub/rapp/20201/20201.pdf>

bruk av tilretteleggingstilskuddet (Skog Hansen mfl. 2009)⁷⁴. Agderforsknings evaluering av tilretteleggingstilskuddet i 2004 (Kvåle og Olsen 2004:20)⁷⁵ viser at om lag en tredjedel av tiltakene det er søkt om midler til kommer fra den kommunale helse- og omsorgssektoren og at det særlig er fysisk og organisatorisk tilrettelegging det ble søkt om tilskudd til.

9.2.2 Tilretteleggingstilskuddet

Tilretteleggingstilskuddet er blitt ett av de mest brukte og etterspurte virkemidlene som er gjort tilgjengelige for IA virksomheter (Ose mfl. 2009, Skog Hansen mfl. 2009, Trygstad og Bråten 2011⁷⁶). Tilskuddet skal fungere som en kompensasjon for de merutgiftene virksomheten måtte ha i forbindelse med tilrettelegging av arbeidet for arbeidstakere med helseproblemer eller redusert arbeidsevne, for å hindre sykefravær eller utstøtning. Tilskuddet kan brukes både til gruppetiltak (systemtiltak) og individuelle tiltak slik som tilrettelegging av den enkeltes arbeidsplass, opplæring i nye arbeidsoppgaver, utgifter knyttet til arbeidsutprøving, tilskudd til kurs og andre kortere opplæringsiltak/arbeidstrening, merutgifter til vikar/ekstrahjelp, og i enkelte særskilte tilfeller til transportutgifter og til tiltak for grupper av ansatte som har samme behov for tilrettelegging. Tilskuddet kan også brukes til kjøp av gjenstander eller hjelpemidler til bruk i arbeidet så fremt disse ikke dekkes etter folketrygdoven § 10-5. Det innebærer at arbeidstakere som ikke fyller vilkår om varig sykdom, skade eller lyte kan få tilgang til arbeidshjelpemidler.

En evaluering av bruken av tilretteleggingstilskuddet fra Agderforskning (Kvåle og Olsen 2004) viste at virksomhetene opplevde at tilskuddet bidro til økt kunnskap om håndtering av sykefraværspromatikk og hvilke muligheter og gevinster man kan oppnå ved tilrettelegging i arbeidet. Virksomhetene brukte tilskuddet til ulike tiltak som å dekke vikarutgifter, til å dekke kurs og opplæring, innkjøp av hjelpemidler, trening og behandling og miljøskapende tiltak som kom hele arbeidsplassen til gode. Undersøkelsen viste også at det er flere eksempler på at sykefraværperioder blir kortere og at korttids- og langtidsfravær både forebygges og forhindres. Det påpekes for øvrig at tilretteleggingstilskuddet fungerer som en støtte for tilrettelegging fremfor at det er en direkte årsak til inkludering og forhindring av ekskludering. For mer informasjon om erfaringer tilretteleggingstilskuddet kan man gå inn på www.idebanken.org som har mange eksempler på bruk av tilretteleggingstilskuddet.

Riksrevisjonens undersøkelse av NAVs innsats for et inkluderende arbeidsliv (2008-2009) viste at til tross for samarbeidsavtalen med arbeidslivssenteret har mange IA-virksomheter ikke etablert et systematisk IA-arbeid og at det er mange virksomheter med høyt sykefravær som ikke søker om tilretteleggingstilskudd. Samtidig viser undersøkelsen at arbeidslivssentrene i mange virksomheter bidrar til bedre oppfølging av virksomhetens sykemeldte.

Osberg Ose (2010)⁷⁷ viser i en kunnskapsstatus at det eksisterer lite forskning på feltet tilrettelegging og oppfølging av sykemeldte.

⁷⁴ <http://www.faf.no/pub/rapp/20130/20130.pdf>

⁷⁵ <http://www.agderforskning.no/reports/8-2004.pdf>

⁷⁶ <http://www.faf.no/pub/rapp/20213/20213.pdf>

⁷⁷ <http://www.sintef.no/uploadpages/31462/A14516.pdf>

9.2.3 Bedriftshelsetjenesten (BHT)

Der arbeidslivssentrene hovedsakelig skal rådgi virksomhetene på systemnivå skal bedriftshelsetjenesten, som en del av virksomhetenes HMS-arbeid, kunne bistå virksomhetene i deres arbeid på individnivå. Forslag til forebyggende tiltak og deltakelse på dialogmøter er viktige oppgaver. En tverrsnittsundersøkelse utført av Lie (2008b) gjengitt i en ekspertgrupperapport i 2010 (Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 2010) viste at et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten betyr mye for sykefraværet i virksomheten. Virksomheter som rapporterte om godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten hadde rundt 3 prosent lavere sykefravær enn de som rapporterte at de hadde et dårlig samarbeid med bedriftshelsetjenesten. De som hadde et godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten rapporterte også om at de hadde igangsatt flere IA-tiltak.

Osborg Ose m.fl. 2012:15 viser i en større rapport om sykefravær, gradering og tilrettelegging at norske virksomheter særlig bruker tjenester fra BHT knyttet til ergonomi, kartlegging av arbeidsmiljø, innklimamålinger og sykefraværsforebyggende arbeid. BHT ble karakterisert som å ha en ekspertrolle og at de har kunnskap og kompetanse som utfyller andre aktørers i sykemeldingsarbeidet. Rapporten peker på at mulige suksessfaktorer i dette samarbeidet er kompromissløs faglighet hos BHT og at de ikke kobler seg for tett opp mot ledelsen i virksomhetene. Det vises også til at man mangler kunnskap om hva BHTs innsats i praksis handler om. Bakdelen med bruk av BHT er at det kostbart å benytte tjenestene disse tilbyr.

En kunnskapsstatus om arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær utført av IRIS (Ellingsen m.fl. 2010) viser til en studie hvor en rekke tiltak ikke kunne påvises å være assosiert med lavere sykefravær, men at det særlig var tre faktorer som var viktig knyttet til lavere sykefravær og det var myndiggjøring («empowerment»), involvering av de ansatte og godt samarbeid med BHT.

9.2.4 Samhandling

Med IA-avtalen innførte man et sterkere fokus på tidligere og tettere oppfølging av sykemeldte. Dialogmøter ble blant annet lovpålagt i 2007 og dette skulle bidra til sterkere involvering av både sykemelder og NAV i sykemeldingsperioden. I en rapport fra Sintef (Osborg Ose m.fl. 2012) vises det til at det finnes veldig lite forskning som omhandler samarbeidet mellom leger og andre aktører i sykemeldingsarbeidet. Særlig er det mangelfull forskning knyttet til samarbeidet mellom arbeidsgiver og leger. Det påpekes også at mye tyder på at det er liten grunn til å forvente at kommunikasjonen mellom leger og arbeidsgiver kommer til å bli betydelig i fremtiden til tross for regelendringene av 1. juli 2011. En del av litteraturen som finnes tyder på at det er enkelte utfordringer knyttet til samhandlingen mellom de ulike aktørene i sykefraværsoppfølgingen og en del av utfordringene ser ut til å handle om forventninger aktørene har til hverandre.

Samhandling – norske kommuner

Sintefs evaluering av IA-arbeidet i norske kommuner (Osborg Ose 2011) undersøkte blant annet ulike former for samarbeid og i hvilken grad dette samarbeidet la til rette for involvering og medvirkning i spørsmål knyttet til arbeidshverdagen innenfor pleie- og omsorg. Funnene er basert på data fra intervjuer i seks kommuner og fra kvantitative data fra 500

kommunale enheter i forbindelse med evalueringen av IA-avtalen. Funnene viste blant annet at det er store variasjoner i bruk av utvalg og arenaer for samarbeid og dette innebærer at kommunene vil ha ulike forutsetninger for å drive godt sykefraværs- og inkluderingsarbeid. De store variasjonene som ble funnet i de seks casekommunene ble begrunnet ut fra manglende forståelse og kunnskap om hva slike fora kunne brukes til. Det påpekes at disse variasjonene vil legge føringer på arbeidet med sykefraværsforebygging og det lokale IA-arbeidet. Variasjoner knyttet til sammensetningen av de ulike utvalgene/arenaene har betydning for legitimiteten i det arbeidet som blir utført. Evalueringen fremhever at det finnes mange meninger om samarbeidet med sykemeldende lege, men at disse vil variere fra person til person og i forhold til hvilket nivå man er på i kommunen. Det vises til misnøye med innsatsen til legene i sykefraværsarbeidet, mange mener kommunikasjonen med legene ofte er dårlig eller helt fraværende og at det er vanskelig å komme i kontakt med lege/sykemelder. I små kommuner møter man utfordringer knyttet til nære bånd og relasjoner. Personlig kjemi kan også bidra til gode eller dårlige samarbeidsforhold. Det påpekes for øvrig også av de intervjuede i casekommunene at legene ikke er den viktigste aktøren i dette arbeidet, men at det er den lokale arbeidsplassen som må utarbeide strategier for å forebygge sykefravær og hindre utstøting.

Arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen

En evaluering utført av Rambøll Management (2008) av arbeidsgiveres rolle i sykefraværsoppfølgingen viser at et viktig suksesskriterium er at virksomheten har kontinuerlig fokus på sykefravær. Sykefraværsarbeidet må komme til uttrykk gjennom tiltak som dialog mellom arbeidsgiver og syke og friske arbeidstakere. Samarbeidet med andre aktører og også viktig for å bidra til å skape gode rutiner for både forebygging og oppfølging av sykefravær. Et viktig funn er at arbeidsgiverne trenger bistand fra NAV som er tilpasset deres lokale behov og at de trenger mer kunnskap om hvordan arbeide med sykefravær som har sitt utgangspunkt i psykiske lidelser og rusproblematikk. NAV må også bli flinkere til å informere om sine tilbud samt omsette denne informasjonen til praksis.

Samhandling - arbeidsgivere, BHT, NAV og leger

En intervensjonsstudie som er nevnt i en kunnskapsstatus fra IRIS (Ellingsen m.fl. 2010:26) om et arbeidsrettet rehabiliteringsprogram for sykemeldte hvor tiltaket hadde fokus på samarbeid mellom de ulike aktørene i sykefraværsarbeidet fant at personene i intervensjonsgruppen hadde 5,7 færre sykemeldinger per måned i den seks år lange undersøkelsesperioden. Det peker på følgende «suksessfaktorer»:

- Kontinuerlige og strukturerte møter med faste representanter som bidro til å lage en rehabiliteringsplan med et felles mål.
- Felles plattform og felles ansvar for å finne individuelle løsninger
- Tidlig kartlegging av den ansatte utført av BHT

En undersøkelse fra Sintef (Osborg Ose m.fl. 2012) påpeker at det finnes svært lite forskning som undersøker samarbeidet mellom leger og andre aktører i sykemeldingsarbeidet og at det særlig gjelder samarbeidet mellom leger og arbeidsgivere. Fra regelendringene som inntrådte 1. juli 2011 ble det lovfestet samarbeid mellom leger og arbeidsgivere. Arbeidsgiv-

ver har rett til å kalle inn ikke bare legene, men også BHT og arbeidstakeren til dialogmøte - som etter regelendringen er flyttet fra uke 12 til uke 7. I tillegg skal arbeidsgiver sende de sykemeldtes oppfølgingsplaner til gjeldene lege. Mange leger er skeptiske til endringene og Osborg Ose m.fl. (2012) viser at det er flere grunner til at den kommunikasjonen man nå forventer mellom arbeidsgiver og lege er utfordrende og peker blant annet på legens taushetsplikt, legens kunnskap om den enkelte arbeidsplass og legens tidsressurser. Legen har heller ikke et system for å ta i mot oppfølgingsplanene (som kommer per vanlig post) og planene inneholder ikke nødvendigvis den informasjonen legen trenger for å foreta sin vurdering. Et annet punkt er at mange arbeidsgivere ikke har forståelse for legens arbeidshverdag og dermed ikke tar hensyn til at tidspunkt for dialogmøter må planlegges i god tid. Osborg Ose m.fl. (2012:16) påpeker også at det i forskningslitteraturen finnes motstridende funn når det gjelder sammenhengen mellom kjennetegn ved legene og sykemeldingstilbøyelighet.

Ny sykemeldingsblankett

I 2008 ble det innført en ny sykemeldingsblankett med den hensikt å bedre kommunikasjonen mellom sykemelder, arbeidsgiver og NAV om den sykemeldtes arbeidsevne og mulig tilrettelegging, for at den sykemeldte kan komme raskere tilbake til arbeid, eller delvis være i arbeid med helseproblemer. En evaluering av sykemeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel viste blant annet at flertallet av arbeidsgiverne vurderer legenes informasjon som lite nyttig fordi den oppleves å ha liten relevans, og fordi den kommer for sent i sykemeldingsforløpet (Bråthen og Moland 2011)⁷⁸. Legene oppgir på den annen side at de svært sjelden opplever å få informasjon fra arbeidsgiver via sykemeldingsblanketten. Evalueringen konkluderer med at det ligger et betydelig potensial for økt dialog via sykemeldingsblanketten og en rekke tiltak skisseres for å bidra til at blankettens potensiale realiseres: Arbeidsgiver og arbeidstakere må få mer informasjon om mulighetene som ligger i blanketten, samt alle aktører bør tilstrebe å gi mer informasjon gjennom blanketten på et tidligere stadium i sykefraværprosessen, NAV bør gjennomføre opplæringstiltak for legene, NAV bør etter spørre bruk av kommunikasjonsfeltene, aktørene må komme frem til felles virkelighetsforståelse og betydningen av egen innsats for de andre aktørene må komme tydeligere frem.

Evalueringen viste også at avventende sykemelding er lite kjent blant arbeidsgiverne og arbeidstakerne og at legene foretrekker bruk av gradert sykemelding fremfor avventende sykemelding. Avventende sykemelding gjelder i arbeidsgiverperioden, altså de første 16 dagene av sykefraværet. Det er en melding til arbeidsgiver om at dersom arbeidet tilrettelegges så kan medarbeideren unngå sykemelding. Hvis medarbeideren/pasienten har litt funksjonsevne og kan arbeide noe skal man bruke gradert sykemelding. Sykemeldingsblanketten gir legen muligheter for å konkretisere hva medarbeideren/pasienten kan utføre av arbeidsoppgaver gitt helsetilstanden til pasienten. På bakgrunn av dette kan arbeidsgiver foreslå tilretteleggingstiltak som legen kan foreta en vurdering av sett i lys av pasientens helsetilstand (www.nav.no). Legene mener gradert sykemelding legger mer press på arbeidsgiverne enn bruk av avventende sykemelding, at ordningen er mer kjent både blant arbeidsgivere og

⁷⁸ <http://www.fafu.no/pub/rapp/20195/20195.pdf>

arbeidstakere og at ordningen mer mindre komplisert enn avventende sykemelding (Bråthen og Moland 2011).

3-2-1 prosjektet. 3 Parter – 2 Bransjer – 1 Mål

Ansattes opplevelse av arbeidsmiljøtiltak ble belyst i «3-2-1 prosjektet. 3 Parter – 2 Bransjer – 1 Mål» (2012). Dette prosjektet var et samarbeid mellom Arbeidstilsynet, NAV og arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjoner. Det var et utviklingsprosjekt hvor utviklingen av tiltak og implementeringen av dem ble gjennomført av partssammensatte grupper. Hensikten med prosjektet var flere; å redusere sykefraværet, forbedre arbeidsmiljøet, øke pensjonsalderen, utprøve ulike bransjetilpassede tiltak, samt utvikle partssamarbeidet i sykehjemsektoren og i kjøttbransjen. Målet var å få kunnskap om de ansattes erfaringer med tiltakene samt å få innsikt i på hvilken måte de utprøvde tiltakene og endringer hadde blitt implementert i de ansattes arbeidshverdag. Fokus var på åtte sykehjem og fire kjøttbedrifter. Det er utgitt en rekke publikasjoner på dette prosjektet og de kan finnes på: <http://www.stami.no/arbeidsforhold4>.

Raskere tilbake - iBedrift

iBedrift er et prosjekt og en del av ordningen Raskere tilbake som er en satsning på rehabilitering for ansatte som er sykemeldte eller som står i fare for å bli sykemeldt. Per i dag foregår iBedrift i utvalgte sektorer og bedrifter i fire fylker: Telemark, Buskerud, Vestfold og Troms. Metoden som benyttes bygger på en systematisk og tverrfaglig innsats og er spesielt innrettet mot arbeidstakere med rygg-, muskel- og skjelettlidelser. Selve opplegget foregår på den enkeltes arbeidsplass og en rekke aktører er involvert slik som arbeidstakeren selv, arbeidsgiver, NAV og et tverrfaglig medisinsk helse- og rehabiliteringsteam. Utgangspunktet er at man ikke kan forebygge ryggplager, men at man kan forebygge konsekvensene av dem og påvirke håndteringen av dem. iBedrift-konseptet er en videreutvikling av de tidligere SSR-prosjektene *Aktiv Rygg* som varte fra 2002 til 2005 og *Satellitt-prosjektet* som varte fra 2005 til 2006. iBedrift er del av en total tiltakskjede og er initiert av Sykehuset i Vestfold, Kysthospitalet (SiV). Kompetansen som tilbys er individuelt tilpasset. SiV samarbeider med sykehusets egen FoU-avdeling og Uni Research, Universitetet i Bergen. Dette samarbeidet skal bidra til at man forskningsbasert kunnskap om tiltakskjedens ulike faser og hvor målet er å finne en ny standard for hvordan man skal jobbe ved arbeidsrelaterte muskel- og skjelettlidelser (<http://ibedrift.no/>).

Samhandling - danske eksempler

En dansk intervensjonsstudie hvor man benytter en arbeidsmedisinsk spesialistlegeerklæring som tar utgangspunkt i hvilke ressurser pasienten har i forhold til tilbakekomst til arbeidet reduserte sykefraværslengden med om lag fem uker. Pasientene fikk en henvisning fra sosialsenteret (NAV) til Arbejdsmedisinsk Klinik på Bispebjerg Hospital (AMK). Den arbeidsmedisinske spesialistundersøkelsen innebar en utredning av (Steen Mortensen m.fl. 2007:16-17):

- Pasientens sykehistorie og arbeidskompetanse
- Helsestatus
- Arbeidshindrende handicap

- Muligheter og motivasjon
- Behandlingsbehov
- Vurdering av prognose
- Arbeidsplassvurdering
- Tilbakemelding til kommune og egen lege
- Hvis behov for undersøkelse og behandling henviste AMK videre til sykehus eller ga fastlegen tilbakemeldinger på hvilke undersøkelser som kunne være relevante for pasienten.

Spesialisterklæringen tok stilling til følgende:

- Kan klienten vende tilbake til samme arbeid på samme arbeidsplass uten tilrettelegging?
- Vil fysiske eller organisatoriske endringer på arbeidsplassen fremskynde eller forenkle pasientens tilbakekomst til arbeidet?
- Vil fysisk trening bedre pasientens evne til å klare manuelt arbeid?
- Vil utdanning øke pasientens mulighet for arbeid innenfor samme fagområde?
- Bør pasienten omplasseres til annet arbeid og hva kan i så fall pasienten gjøre av arbeid?
- Må det ytterligere arbeidsavklaring til?
- Bør det avholdes tverrfaglige samtaler (rundebordssamtaler/dialogmøter) med AMK, kommune, pasient og virksomhet?

Pasienten og kommunens saksbehandler skulle sammen avklare hvilke aktiviteter som skulle settes i verk. Intervensjonens betydning for sykefraværets lengde var avhengig av pasientens selvrapporterte diagnose på sykemeldingstidspunktet. Forventningen til fremtidig arbeidssituasjon har økt noe blant de i intervensjonsgruppen, men den selvvalgte helsen har ikke blitt endret. Den arbeidsmedisinske erklæringen hadde en bred tilnærming hvor også private forhold ble tatt med i betraktningen og denne kunnskapen er viktig for å motivere pasienten til å vende tilbake til arbeidet.

En annen dansk undersøkelse (Center for Arbejdsfastholdelse 2008)⁷⁹ har sett nærmere på legens muligheter for å henvise pasienter til en rask, koordinert tverrfaglig rådgivning. Prosjektet varte i tre år fra 2004-2007 og var en tverrfaglig og tverrsektoriell modell for arbeidsfastholdelse i samarbeid med lege og virksomheter. Et av de viktigste kriteriene i intervensjonen var at innsatsene skulle settes i gang raskt etter henvisning fra lege og at man skulle involvere flere fagpersoner helt fra begynnelsen. Dette skulle skje parallelt med trening, samtaler hos psykolog, lege, sosial-/arbeidsmarkedsfaglig konsulent (NAV-rådgiver) og samarbeid med arbeidsplassen og kommunen. Undersøkelsen viste at legene gjerne vil henvise pasientene til rådgivning, men de vil ikke stå for arbeidsmarkedsrådgivningen selv. Funnene viste at legene ikke ønsket å nedtegne hvilke oppgaver den ansatte kunne utføre. Dette ble begrunnet med at legen ikke har god nok kunnskap om den enkeltes arbeidsforhold og at de ikke ønsket å bidra til å skade pasienten ved at de skrev uheldige ting. Under-

⁷⁹ <http://vidensnetvaerket.dk/projekter/jobformidling-1/en-tidlig-indsats>

søkelsen avdekket også at legene ikke ønsket å møte opp på den enkeltes arbeidsplass fordi det praktisk er svært vanskelig å få til.⁸⁰ Videre viste funnene at det er behov for en tverrfaglig og tverrsektoriell tilgang til løsninger som bør være utenfor kommunens og «NAV»s kontroll - det vil si ansvarlig myndighet for utbetaling av sykepenger. Det anbefales at det opprettes et senter som leger, spesialister og sykehusleger kan henvise pasienter til og et slikt senter bør opprettes i tilknytning til en arbeidsmedisinsk klinikk:

- Et viktig utgangspunkt er at nøkkelen til en god og varig løsning finner man hos individet selv.
- Man må ta utgangspunkt i det enkelte individ, dets selvopplevde helse, arbeidsevne og arbeidssituasjon.
- Man kan ikke forutse hvor raskt og på hvilken måte det enkelte individ beveger seg mellom forskjellige stadier i sykefraværsløpene.
- Situasjonen må bestemme omfanget og varigheten av oppfølgingen.
- Rådgivningen av virksomheter og ansatte med helseutfordringer har ofte en smittende effekt i forhold til forbedring av arbeidsmiljøet for de andre ansatte og rådgivningen har dermed bidratt til mer generell forebygging i virksomhetene. (Center for Arbejdsfastholdelse 2008:10, 34).

9.2.5 IA-tiltak og effekter

IA-avtalen har som mål å redusere sykefraværet med 20 prosent. Det innebærer forpliktende og aktiv innsats på den enkelte arbeidsplass. Det er iverksatt en rekke tiltak som skal bidra til at målene i IA-avtalen nås. Disse tiltakene er blant annet knyttet til bedre og tettere oppfølging av sykemeldte og tidlig intervensjon. Det skal legges til rette for tettere dialog mellom partene og arbeidet skal i den grad det er mulig tilrettelegges den enkeltes funksjonsevne. IA-avtalen bidrar på denne måten i stor grad til å ansvarliggjøre både arbeidsgiver og arbeidstaker ved at de gjennom dialog og samarbeid skal komme frem til gode løsninger. Andre virkemidler er utvidet mulighet til bruk av egenmeldinger.

Men har tiltakene noen effekt? Studiene vi har funnet har ikke et entydig og klart svar på det. Sintef (Osborg Ose 2009) har i en evaluering av IA-avtalen sett nærmere på effekten av bruk av oppfølgingsplaner og dialogmøter. 75-80 prosent av virksomhetene oppga at de benyttet disse to tiltakene. Undersøkelsen antyder at virksomheter som aldri benytter disse tiltakene har systematisk høyere fraværstrater enn virksomheter som alltid benytter disse.

NOVA har i en studie om inkluderende arbeidsliv i praksis undersøkt hvilke tiltak i offentlige og private virksomheter som påvirker sykefraværet. Det er undersøkt i hvilken grad IA-virksomheter skiller seg fra andre virksomheter når det gjelder organisering og personalpolitikk og respondentene har blitt spurt om deres praktisering av IA-avtalen. De finner små forskjeller mellom virksomheter med og uten avtale, men IA-virksomhetene har i stør-

⁸⁰ Disse funnene om legenes forhold til arbeidsplassen er også gjort i norske studier, blant annet i Moland 2005 og Bråthen og Moland 2011

re grad gjennomført tiltak for de langtidssykemeldte og for ansatte med nedsatt funksjons-
evne. Disse virksomhetene har også i større grad gjennomført tiltak for å holde på senioren-
ne. Funnene antyder at IA-avtalen og tiltak for personer med sviktende helse ikke har hatt
betydning for sykefraværet. Det som ser ut til å være av størst betydning er opplæringsnivå.
Med det menes: «hvor lang tid det tar å lære opp hovedarbeidsstyrken i bedriften» (Hammer
207:37). Undersøkelsen viste også at større endringer i virksomheten slik som omorganise-
ringer (og oppbemanning og nedbemanning) har negativ effekt på sykefravær.

Temaområde: Sykefravær – IA-tiltak			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/sector	Type publisasjon
Osborg Ose m.fl. (2009): Evaluering av IA-avtalen (2001-2009).	Registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer	IA-virksomheter og andre virksomheter	Rapport. Sintef
Skog Hansen mfl. (2009): Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet.	Spørreundersøkelse, intervjuer bl.a. med hjelpemiddelsentraler, arbeidslivssentre, BHT og kommunale arb.givere		Rapport. Fafo
Trygstad og Bråten (2011): Tilrettelegging i arbeidslivet.	Spørreundersøkelse, intervjuer	Ulike bransjer og sektorer	Rapport. Fafo
Kvåle og Olsen (2004): Evaluering av tilretteleggingstilskuddet.	Registerdata, intervjuer	Primært IA-virksomheter –	Rapport. Agderforskning
Midtsundstad og Bogen (2011): Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv.	Casestudier, spørreundersøkelse, intervjuer	Sykehjem, industri, ingeniørvirksomheter, statlige forvaltningsorgan	Rapport. Fafo
Ellingsen m.fl. (2010): Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær.	Kunnskapsstatus		Rapport. Iris
Hammer (2007): Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv.	Data fra bedriftsregisteret	Alle	Rapport. NOVA
Osborg Ose m.fl. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene.	Arbeidsgiver- og arbeidstaker-registeret, intervjuer, spørreskjema, data fra IA-evalueringen	Kommunal pleie- og omsorgssektor	Rapport. Sintef
Osborg Ose (2010): Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag.	Kunnskapsstatus	Flere	Rapport. Sintef
Almlidutvalget (2010): Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværreform. ⁸¹	Vurdering av administrative tiltak for å redusere sykefraværet		Rapport.
Bråthen og Moland (2011): <i>Samarbeid mellom leger og arbeidsgivere i sykefraværarbeidet. Evaluering av sykmeldingsblanketten ...</i>	Dokumentanalyse, intervjuer, surveys, registerdata	Fylker	Rapport. Fafo
Steen Mortensen m.fl. (2007): «Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomhedsleder, socialforvaltning og læger».	Multidisciplinær intervensjonsstudie. Kvalitative og kvantitative data. Tre og tolv måneders oppfølging. Intervensjonsgruppe og kontrollgr.	Ingen spesifikk	Rapport.
Center for Arbejdsfastholdelse (2008): Tverrfaglig rådgivning til læge, virksomhed og ansat	Evaluering av utviklingsprosjekt i perioden 2005-2007. Intervjuer med ansatte og pasienter.	Ingen spesifikk	Evalueringsrapport. Center for Arbejdsfastholdelse

⁸¹ http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648

10. Tiltakene gradert sykemelding og egenmelding

10.1 Gradert sykemelding

Det eksisterer en generell konsensus knyttet til at noe aktivitet fremfor helt passivitet er det beste for de fleste sykemeldte. Denne tankegangen gjenspeiles i tiltaket gradert sykemelding hvor målet er at den sykemeldte skal være i noe arbeidsaktivitet. Det er for øvrig noe uenighet knyttet til effekten gradert sykemelding har på sykefraværet. Osborg Ose m.fl. (2012)⁸² viser at det er mer bruk av gradert sykemelding nå enn det var i 2003. Det har vært en økning fra 12 prosent i andelen sykemeldingstilfeller med delvis sykemelding i 2003 til om lag 25 prosent i 2012. Undersøkelsen viser at (Osborg Ose m.fl. 2012:4-5):

- Det er kvinner som har den høyeste andelen av sykefraværet gradert.
- Det er i aldersgruppen mellom 30-62 som har høyest andel gradering av sykefraværet.
- Sannsynligheten for å få gradert sykemelding øker med utdanningsnivå og det innebærer at det er blant de med høyest utdanning man finner den høyeste andelen med gradert sykefravær slik som lederjobber, akademiske jobber og jobber i høyskoler.
- Utfordringer for arbeidsgiver knyttet til gradert sykemelding er at det finnes en grense for hvor mye de kan legge til rette og for hvor mange man kan legge til rette for og det er særlig pleie- og omsorg som påpeker at de har nådd denne grensen.

De finner videre at (Osborg Ose m.fl. 2012:4-5):

- Økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten
- Det er minst støtte for at gradering har bidratt til en reduksjon i andel sykefraværstilfeller
- Det er nødvendig med gode relasjoner mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og at dette må bygges opp på den enkelte arbeidsplass. Det vil si at tillit er viktig.
- Det ikke nødvendigvis er den som trenger det mest det tilrettelegges for
- Det er høy bruk av gradert sykemelding i undervisningssektoren, men at det er lite som tyder på at sykefraværsprosenten påvirkes
- Ledelse og kultur på arbeidsplassen antakelig spiller en viktig rolle for holdninger knyttet til sykefravær

⁸² http://www.sintef.no/upload/Helse/Arbeid%20og%20helse/SINTEF_Rapport_A11947_IA-avtalen.pdf

Undersøkelsen viste også at aktørene som er involvert i sykefraværarbeidet mener at gradert sykemelding er et godt tiltak blant annet fordi det bidrar til at den sykemeldte holder kontakten med arbeidsplassen. De viser for øvrig til at forskningen finner motstridende resultater knyttet til effekten av gradert sykemelding og effekten på sykemeldingens lengde. Det påpekes også at denne formen for sykemelding er mest utbredt i næringer hvor sykefraværet i utgangspunktet er lavt. De finner belegg for at graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværshraten, men ikke en reduksjon i andel sykefraværstilfeller. Osborg Ose m.fl. (2012:22) kaster også frem en interessant problemstilling og det er om det store fokuset på sykefravær kan forsvares når hovedutfordringen innenfor mange sektorer er mangel på arbeidskraft. Det påpekes at fokuset muligens heller burde være på å skape og opprettholde gode, trygge og lønnsomme arbeidsplasser.

En kunnskapsstatus om arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær fra IRIS (Elingsen m.fl. 2010:35)⁸³ viste at det er få studier av effekter av gradert sykemelding og at de studiene som finnes viser blandede resultater:

- De som var på full sykemelding returnerte raskere til arbeid enn de som gikk over til gradert sykemelding
- Gradert sykemelding fra første sykefraværstid var assosiert med lengre sykemeldingsperioder, spesielt blant menn
- De som hadde vært på gradert sykemelding fra begynnelsen av sykemeldingsperioden hadde lavere sannsynlighet for å vende tilbake til arbeidet, enn de som hadde vært på full sykemelding
- Sannsynligheten for å vende tilbake til arbeid for de som mottok arbeidsrettet rehabilitering var høyere for dem som var på gradert sykemelding før tilbudet ble startet, sammenlignet med dem på full sykemelding
- Gradert sykemelding hadde ingen effekter på pasientens tilbakeføring til arbeid, tilbakefall til sykefravær, eller bruk av uføretrygd

Odeen m.fl. (2013) har foretatt en systematisk gjennomgang av ulike arbeidsplassintervensjoner som er ment å redusere sykefraværet. De fant at det er få studier av tiltak som kan vise til effekter på sykefraværet, men de fant at gradert aktivitet og ryggskoler hadde en effekt på sykefraværet. Arbeidsplass trening hadde ingen effekt og de fant moderate bevis på at opplæring på arbeidsplassen for å forebygge muskel- og skjelettlidelser heller ikke er effektive for å redusere sykefraværet. De finner moderate bevis for at Sherbrook-modellen og kognitiv atferdsterapi (Cognitive behavioural therapy) bidrar til å redusere sykefraværet. De påpeker også at de som trenger det mest har minst sannsynlighet for å delta i slike intervensjoner og at det er større sannsynlighet for at man vil lykkes hvis man setter i gang med slike intervensjoner så raskt som mulig. Samtidig foreslår de at man heller bør fokusere på lang-

⁸³ http://evalueringsportalen.no/evaluering/arbeidsrettede-tiltak-ved-helseplager-og-sykefravaer-en-kunnskapsoppsummering-av-nordisk-forskning/litteratur/2010%20-%20Arbeidsrettede%20tiltak_IRIS_Sluttrapport.pdf/@@inline

siktige tiltak som bidrar til helse og jobbtilfredshet fremfor ulike redskaper for å oppnå en rask reduksjon i sykefraværet.

En undersøkelse det vises til i Arbeid og velferd (Kann m.fl. 2012:60, 68) viser at økt bruk av gradering er forbundet med en nedgang i sykefraværet, samt en nedgang i varighet og i andelen sykemeldte. De fant også at indikasjoner på at økt gradering kan ha mindre effekt, jo høyere graderingsandelen er på forhånd, eller jo lavere sykefraværet er og at det ikke nødvendigvis er graderingen alene som påvirker sykefraværet, men oppfølgingsarbeidets intensitet. Men en undersøkelse fra Uni helse i Bergen fant at personer med gradert sykemelding i gjennomsnitt har 37 dager lengre fravær enn personer med full sykemelding (Lie 2010).

10.2 Egenmelding

Et annet virkemiddel som IA-virksomheter har er utvidet rett til bruk av egenmeldinger. Egenmelding innebærer at: (...) du som arbeidstaker melder fra til arbeidsgiveren om arbeidsuførhet på grunn av sykdom eller skade uten å legge fram legeerklæring» (www.nav.no). Ansatte i IA-virksomheter kan bruke egenmelding i inntil åtte kalenderdager per sykefraværstilfelle med et samlet øvre tak på 24 dager i løpet av en 12-måneders periode. Arbeidsgiver kan bestemme at arbeidstaker ikke skal få benytte egenmelding hvis arbeidstaker har brukt egenmelding fire ganger i løpet av 12-måneders perioden og hvis arbeidsgiver har grunn til å anta at fraværet til arbeidstakeren ikke skyldes sykdom. Hvis arbeidsgiver bestemmer seg for å inndra arbeidstaker rett til å bruke egenmelding skal arbeidsgiver varsle om dette og gi arbeidstaker anledning til å uttale seg om saken. Arbeidsgiver skal i slike tilfeller ta denne beslutningen opp til vurdering etter seks måneder. I hvor stor grad arbeidsgiver benytter seg av denne rettigheten har vi ingen informasjon om.

Det finnes ikke så mye kunnskap om hvilken betydning rett til bruk av egenmelding har for sykefravær og sykefraværsmønster og nyere forskning gir heller ingen entydige svar på om utvidet rett til bruk av egenmelding bidrar til færre sykedager. I denne studien vil vi vise til tre norske evalueringer som undersøker effekten utvidet rett til egenmelding har på sykefravær:

10.2.1 Eksempler på prosjekter

«Kristiansand. Prosjekt egenmelding»

«Kristiansand. Prosjekt egenmelding» (Fleten og Johnsen 2005) er et stort intervensjonsprosjekt. Evalueringen viste at utvidet rett til egenmelding ikke er en garanti for at sykefraværet i virksomheten reduseres, men når det egenmeldte fraværet gikk opp så gikk det totale fraværet ned. Utvidet egenmelding bidro til:

- at flere ansatte brukte egenmelding
- overgang fra legemeldt til egenmeldt fravær bidro til å forkorte sykefraværet

- at fraværs mønstret fulgte tilfriskningsmønstre og ikke tilfriskning ved ukesslutt og ukestart slik som er vanlig ved legemeldt fravær
- at det totale sykefraværet de første 16 dagene i liten grad ble påvirket
- at bruken av egenmelding ved langvarig sykefravær i mindre grad ble benyttet
- at dialog mellom partene har effekt på fravær og der slike samtaler ble gjennomført gikk fraværet ned
- utvidet egenmelding med strukturert oppfølging endret mønstret for korttidsfravær og dette kan være en indikasjon på at dagens ordning for egenmeldt sykefravær ikke er tilpasset arbeidstakernes behov

(Fleten m.fl. 2009:227-228⁸⁴, Fleten og Johnsen 2005⁸⁵).

Det påpekes for øvrig at det er viktig at det er forutsigbarhet knyttet til gjennomføringen av samtaler og at slikt arbeid er krevende slik at man må tenke i et langsiktig perspektiv (Fleten og Johnsen 2005).

Tillitsprosjektet i Mandal kommune

Tillitsprosjektet i Mandal kommune er en videreutvikling av et Nærværsprosjekt fra 2003, men som i løpet av prosjektperioden fra 2008-2011 i større grad blir oppfattet som et kultur- og omdømmeprosjekt for kommunen. Det som er særlig spesielt med dette prosjektet er utprøving av et tiltak hvor man har rett til egenmelding i 365 dager. Målet med dette er en fokusendring vekk fra sykefravær og mot arbeidsevne med oppfølging og dialog som virkemiddel. Evalueringen av prosjektet viser til flere positive forhold ved prosjektet: god prosjektorganisering og forankring på alle nivåer i organisasjonen og en styrking av dialogen mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Prosjektet har bidratt til bedre rutiner for dialog og oppfølgingsrutinene har blitt bedre. Tillit er en forutsetning for å oppnå en god dialog og her spiller leder en viktig rolle.

Undersøkelsen viste at brorparten av de ansatte valgte egenmelding, men ansatte med lange fravær, ansatte med diffuse/psykiske lidelser og ansatte som ikke opplevde å ha et tillitsforhold til leder valgte i større grad legemelding. Evalueringen viste også at det er forskjeller mellom yngre og eldre arbeidstakernes vurderinger av om man skal gå på jobb eller ikke når en føler seg syk. Eldre tenkte i større grad enn yngre på hva deres fravær ville bety for arbeidskollegene, arbeidsmiljøet eller tjenestemottaker, mens de yngre i større grad tenkte på sin egen situasjon hvor egen helse og helheten av krav i privatlivet og arbeidslivet spilte en større rolle.

Evalueringen finner at det korte fraværet i gjennomsnitt har blitt kortere, mens det lange fraværet i gjennomsnitt har blitt lengre. Hovedvirkemidlene i Tillitsprosjektet med 365 dager med egenmelding og tettere og mer stringent oppfølging av de sykemeldte har ikke bi-

⁸⁴ <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/594>

⁸⁵ <http://evalueringsportalen.no/evaluering/prosjekt-egenmelding-kristiansand-kommune-prosjektleders-evalueringsrapport/2005%20Egenmelding%20evaluingsrapport%20-prosjektleder.pdf/@@inline>

dratt til å redusere sykefraværet i Mandal kommune, men det har samlet sett heller ikke økt sykefraværet (Olsen og Jentoft 2012)⁸⁶.

Tillitsprosjektet i Mandal kommune - Mandal kommunes egnevaluering

Mandal kommunes egen evaluering av Prosjekt nærvær viser at sykefraværet er lavere enn gjennomsnittet i norske kommuner, men også at fraværet har variert noe i prosjektperioden. Det er vanskelig å se de ulike tiltakenes direkte effekt på fraværet, men mye av det mer generelle arbeidet som har blitt lagt ned handler om faktorer som annen forskning viser har betydning for godt sykefraværsarbeid slik som politisk og administrativ forankring av prosjektet, dyktige ledere og tillitsvalgtes medvirkning. I tillegg har de samarbeidet godt med NAV arbeidslivssenter og bedriftshelsetjenesten (Vetnes Johannessen 2007)⁸⁷.

Gult kort

Evalueringen av «Gult kort» (Olafsson og Sataøen 2006)⁸⁸ som var forløperen til dagens ordning med avventende sykemelding, viste at to tredeler av arbeidstakerne som fikk gult kort unngikk helt sykemelding, mens nesten alle arbeidstakerne i kontrollgruppen ble helt eller delvis sykemeldt i kortere eller lengre tid. Det var særlig tilretteleggingstiltaket «endringer i arbeidsoppgaver» som var det mest anbefalte, planlagte og gjennomførte tiltaket. De fleste av arbeidstakerne med gult kort utførte deler av sine arbeidsoppgaver og det ble gjort mindre endringer på arbeidsplassen for å hjelpe arbeidstakerne med gult kort enn man hadde forventet. I tillegg var om lag 80 prosent av arbeidstakerne fornøyd med tiltaket – både at legen foreslo det og hvordan arbeidsgiver mottok dem på arbeidsplassen.

Det trekkes ingen klare konklusjoner rundt hvilken effekt prosjektet har hatt på bruken av egenmeldinger, men det pekes på to hindringer for økt bruk av egenmeldinger og det er for det første at enkelte arbeidstakere ønsker å spare egenmeldingsdagene sine og at enkelte arbeidstakere ikke anser at en egenmelding er like troverdig som en sykemelding. Aktørene opplevde dessuten liten endring i deres samarbeid i prosjektperioden (Olafsson og Sataøen 2006).

Ny evaluering - Forsøk med utvidet egenmelding og tettere oppfølging av sykemeldte

I perioden 2013-2015 skal AFI og Proba samfunnsanalyse evaluere et «Forsøk med utvidet egenmelding og tettere oppfølging av sykemeldte». Prosjektet er en oppfølging av IA-avtalen. Hovedproblemstillingene i denne evalueringen er å undersøke hvilke effekter utvi-

⁸⁶http://www.mandal.kommune.no/phocadownload/Om_kommunen/Kommunale_prosjekt/Tillitsprosjekt/FoU02_2012_Tillitsprosjektet_sammendrag.pdf

Fullversjon:

http://www.mandal.kommune.no/phocadownload/Om_kommunen/Kommunale_prosjekt/Tillitsprosjektet/FoU-rapport_2-2012.pdf

⁸⁷http://www.mandal.kommune.no/phocadownload/Om_kommunen/Kommunale_prosjekt/Tillitsprosjektet/tillitsprosjektet%20-%20evalueringsrapport%20prosjekt%20nrvr%20%20for%20perioden%20010605%20endelig%20080807%202.pdf

⁸⁸http://www.vestforsk.no/filearchive/evalueringsrapport-gult-kort-6_2006.pdf

det egenmelding og tettere oppfølging av sykemeldte har for: sykefraværet, aktiviteter og roller/samhandling mellom de ulike aktørene i sykemeldingsprosessen og kostnadene for de involverte aktørene. Forskningsdesignet som skal benyttes er en kombinasjon av eksperimentelt design og kvalitativt design. Dette prosjektet vil kunne gi mer forskningsbasert kunnskap om utvidet egenmelding har noen effekt på sykefraværet (http://www.afiwri.no/modules/module_123/proxy.asp?I=5738&C=1&D=2&mids=).

Temaområde: Sykefravær - Gradert sykemelding og egenmelding			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor	Type publisering
Osborg Ose, S. m.fl. (2009): Evaluering av IA-avtalen (2001-2009)	Intervjuer, survey, registerdata	Flere	Rapport. Sintef
Lie (2010): Sykemelding, grader sykemelding og forløpet tilbake til jobb.	Forløpsanalyser		
Odeen m.fl. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence	17 vitenskapelige artikler		Artikkel.
Mørk m.fl. (2009): IA-forankring i ledelsen.	Intervjuer	NAV og IA-virksomheter	Rapport. Iris
Osborg Ose m.fl. (2012): Sykefravær - gradering og tilrettelegging.	Registerdata. Data fra SSB og NAV.	Alle ansatte i Norge	Rapport. Sintef
Ellingsen m.fl. (2010): Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær.	Kunnskapsstatus over nordisk forskningslitteratur. 12 studier om effekten av arbeidsrettede tiltak.		Rapport. IRIS
Odeen m.fl. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence	17 vitenskapelige artikler		Artikkel.
Sigstad Lie m.fl. (2008): Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie.	Litteraturstudie. Turnusarbeid		Rapport. STAMI
Kann m.fl. (2012): Har gradert sykemelding effekt på sykefraværet?	Panelmodeller med kommunene som analyseenhet	Kommuner	
Fleten og Johnsen (2005): Prosjekt egenmelding. Kristiansand kommune. ⁸⁹	Kvantitativ metode. Kontrollert intervensjonsforsøk	Kristiansand kommune	Rapport. Universitetet i Tromsø og NTNU Trondheim
Fleten m.fl. (2009): Utvidet egenmelding – en vei mot riktigere sykefravær?	Kvantitativ metode	Kristiansand kommune	Artikkel.
Olsen og Jentoft (2012): Tillitsprosjektet: Innovasjon ved bruk av 365 egenmeldingsdager.	Følgforskning. Observasjon, personlige intervjuer, fokusgrupper, survey og registerdata	Mandal kommune	Rapport. Universitetet i Agder og Agderforskning
Vetnes Johannessen, S. (2007): Slutt-rapport. Prosjekt nærvær.	Egenevaluering av Prosjekt nærvær	Mandal kommune	Rapport. Prosjektleders evaluering

⁸⁹<http://evalueringsportalen.no/evaluering/prosjekt-egenmelding-kristiansand-kommune-evaluering-av-kontrollert-intervensjonsforsok-i-stor-skala%252C-med-utvidet-rett-til-egenmelding-i-kombinasjon-med-okt-og-formalisert-samhandling-mellom-arbeidstaker-og-arbeidsplassen-ved-sykefravaer/2005%20Evaluering%20av%20egenmeldingsprosjektet%20ISM.pdf/@@inline>

11. Idebanken - for et arbeidsliv som inkluderer

Idebanken er et annet virkemiddel som virksomhetene i norsk arbeidsliv kan benytte seg av i sitt sykefraværs- og nærværsarbeid. Idebankens oppgave er å heve IA-kompetansen i norsk arbeidsliv gjennom å systematisere og formidle erfarings- og forskningsbasert kunnskap som kan bidra til å nå målene i IA-avtalen. Idebanken gir eksempler på verktøy og metoder, de publiserer fagartikler og intervjuer i tillegg til at de arrangerer kurs og konferanser. Idebanken formidler først og fremst de «gode eksemplene» fra virksomheter som har lyktes hvilket innebærer at vi får lite informasjon om tiltak som viser seg å ikke fungere. En undersøkelse fra TØI (Skollerud 2008:1) viser at det er stort avvik mellom antall tiltak som har blitt iverksatt via IA-avtalen og antallet vitenskapelige evalueringer av tiltakenes effekter. Skollerud (2008:1) påpeker videre at det mangler en del metodisk informasjon i eksemplene som formidles på Idebankens hjemmeside hvilket bidrar til å vanskeliggjøre systematiske sammenligninger av tiltak ved hjelp av metaanalyser. Dette betyr ikke at virksomhetseksemplene i Idebanken ikke kan brukes til inspirasjon og at resultatene i de enkelte eksemplene har vært positive. Gode eksempler er ikke vanskelig å finne, men man vet gjerne lite om de forbedringene man finner holder over tid.

Wathne (2009) har også undersøkt eksempler på sykefraværsarbeid fra Idebanken med særlig fokus på hva man kan lære av eksempler på god praksis på sykefraværsområdet og hvordan ulike virksomheter jobber med temaet. Ett av funnene er at enkelttiltak er lette å lære av mens kollektive lærings- og utviklingstiltak lett blir for generelle. Også Wathne konkluderer med at det ikke finnes universelle løsninger på sykefraværsarbeidet og at man må jobbe på flere ulike nivåer og med ulike vinklinger for å lykkes.

Temaområde: Sykefravær - Idebanken		
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/ sektor
Skollerud (2008): Effekter av tiltak på sykefravær. https://www.toi.no/getfile.php/Publikasjoner/T%20rapporter/2008/992-2008/992-2008-internett.pdf	Metaanalyse av studier på Idebankens hjemmeside	Ulike
Wathne (2009): Hva kan vi lære av gode eksempler på sykefraværsarbeid? www.afi.no	Gjennomgang av eksempler fra Idebankens hjemmeside	
www.idebanken.org		
www.inkluderende.no		

12. Relevante (forsknings-)miljøer med lenker

I januar 2012 åpnet forskningssenteret Presenter på Universitetet i Stavanger. Senteret eies av IRIS, Universitetet i Stavanger, AFI og Høgskolen i Oslo. Presenter skal forske på sykefravær, inkludering og arbeidsrettet rehabilitering og det skal være en premissleverandør for tiltak og virkemidler for økt inkludering i arbeidslivet og redusert sykefravær. De vil danne et bredt diskusjonspanel med aktører som på ulike måter er involvert i sykefraværarbeid, inkludert politikere hvor man samlet skal finne ut hvilke tiltak som er best for å få ned sykefraværet. Nettadressen er: <http://www.presenter.no/>

Andre relevante norske nettsider:

www.arbeidstilsynet.no

Arbeidsmiljøbiblioteket:

<http://websok.mikromarc.no/Mikromarc3/web/default.aspx?db=stami&unit=6465>

Arbeidsmiljøguiden - verktøy for systematisk arbeidsmiljøarbeid:

<http://web1.norskinteraktiv.no/default.aspx?CourseId=2874&BookMark=315600&ToLanguageId=2&Show=1&OpenMenu=1&PersonCourseId=1406107>

Forskningsnyheter: www.forskning.no

Forskningsmiljøer:

www.afi.no

<http://www.agderforskning.no>

www.fafo.no

<http://www.frisch.uio.no/main.html>

<http://www.iris.no/>

www.nordlandsforskning.no

www.nova.no

www.ntnu.no

www.sintef.no

www.stami.no

www.vestforsk.no

Andre relevante nettsteder:

www.ibedrift.no

www.idebanken.org

www.inkluderende.no

www.ks.no

www.psykiskhelsearbeid.no

http://www.langtidsfrisk.se/no/startside_norsk/

Danske nettsider:

<http://www.frastresstiltrivsel.dk/>

<http://arbejdstilsynet.dk/>

<http://www.arbejdsmiljoeweb.dk/>

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/da>

<http://www.arbejdsmiljoviden.dk/>

<http://www.arbejdsmiljoeweb.dk/>

<http://lederweb.dk/>

Svenske nettsider:

Følgende lenke har mange publikasjoner og metoder og verktøy for stress og helse og helsefremmende arbeidsplasser: www.stressmedicin.com

<http://www.arbetsmiljoforskning.se/>

<http://www.av.se>

<http://www.folkhalsoguiden.se/>

www.suntliv.se

Britisk nettside med oversikt over ulike metoder for beste praksis i lederskap:

<http://www.management-standards.org/standards/full-list-2008-national-occupational-standards>

Referanseliste

- Agderforskning. Olsen, T. og N. Jentoft (2012). Tillitsprosjektet: Innovasjon ved bruk av 365 egenmeldingsdager. Evaluering av Tillitsprosjektet i Mandal kommune. Universitetet i Agder og Agderforskning, FoU-rapport 2/2012
- Amble, N. (2008b). Evaluering av 3-3-turnus. Harstad kommune. AFI-notat nr. 2/2008. Oslo: AFI.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2003): Sygefravær – Et fælles ansvar.
- Arbetsmiljöverket (2012): Den goda arbetsmiljön och dess indikatorer. Kunnskapsöversikt. Rapport 2012:7
- Arbetsmiljöverket (2012): Kvinnors arbetsmiljö - Tilsynsaktivitet i 2012 inom regeringsuppdraget om kvinnors arbetsmiljö. Delrapport. Rapport 2012:11.
- Aronsson, Gunnar og Lindh, Tomas (2004): Långtidsfriskas arbetsvillkor. En populationsstudie. Arbete och hälsa. Vetenskaplig skriftserie. Arbetslivsinstitutet. Nr 2004:10
- Bruusgaard, D. og Claussen, B. (2012): Ulike typer sykefravær. I Tidsskrift for Den norske legeforening. Lastet ned fra www.tidsskriftet.no 2.11.2012, s. 1834-6.
- Bråthen, K. og B. Bakken: Evaluering av prosjektet «Legenes sykmeldingspraksis i Hedmark». Fafo-notat 2012:05
- Bråthen, K. og Moland, L. (2011): Samarbeid mellom leger og arbeidsgivere i sykefraværarbeidet. Evaluering av sykemeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel. Fafo-rapport 2011:04
- Center for Arbejdsfastholdelse. Arbejdsmedicinsk Klinik Hillerød: Tværfaglig rådgivning til læge, virksomhed og ansat - konkrete redskaper til arbeidsfastholdelse.
- Clausen, T. og Borg, V. (2007): Ledelse i ældreplejen. Sammenhænge mellem ledelseskvalitet og arbejdsmiljø i ældreplejen i Danmark. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. SOSU-rapport nr. 8
- Dahl-Jørgensen, C., Opdahl Mo, T. og Saksvik, P.Ø. (2002): Fravær som mestringsstrategi for bedre helse? Tidsskrift for samfunnsforskning. 2002 nr. 1 s. 3-29
- Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2010): Arbejdsmiljø og helbred i Danmark 2010. Resume og resultater.
- Dilschmann, A. (2005): Omtanke och struktur - om ledarskap och medarbetarnas hälsa. SALTSA sammanfattar.

- ECON Poyry AS (2008): Tiltak for å forebygge sykefravær – gevinster og kostnader. ECON-rapport.
- Ekenvall, L., Nise, G., Pettersson, I.L., Svartengren, M. og HoF study group (2008): Ledningens enkätsvar bekräftar intervjuresultatet. Delstudie 3. Hälsa och framtid. Karolinska Institutet, Uppsala Universitet og Stockholm läns landsting.
- Eklund, J., Hansson, B., Karlqvist, L., Lindbeck, L. og Neumann, P. (2006): Arbetsmiljöarbete och effekter - en kunskapsöversikt. Arbetslivsinstitutet. Arbete och Hälsa. Vetenskaplig skriftserie. Nr. 200:17
- Ellingsen, K., Kiær, E., Labriola, M. og Wågø Aas, R. (2010): Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær. En kunnskapsoppsummering av nordisk forskningslitteratur. Rapport IRIS - 2010/049
- Ekspertgrupperapport (20110): Tiltak for reduksjon i sykefravær. Aktiviserings- og nærværsreform. Ekspertgrupperapport til Arbeidsdepartementet 01.02.10. ifølge mandag av 27.11.09
- Enehaug, H., Gamperiene, M. og Grimsmo, A. (2008): Arbeidsmiljøet i barnehagen. En casestudie i 4 barnehager i offentlig og privat sektor. AFI-notat 9/2008
- Fleten, Nils og Johnsen, Roar (2005): Evaluering. Prosjekt egenmelding. Kristiansand kommune, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø og Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
- Fleten, N., Krane, L. og Johnsen, R. (2009): Utvidet egenmelding – en vei mot riktigere sykefravær? Norsk epidemiologi. Norwegian Journal of Epidemiology. Vol. 19 no 2 2009
- Foss, L. og Skyberg, K. (2008): Sykefravær i ulike bransjer: Utvikling i sykfravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen. Stami-rapport Årg. 9, nr. 19
- Gamperiene, M., Grimsmo, A. og Sørensen, B. Aa. (2007): Programmet FARVE (Forsøksmidler arbeid og velferd). Kunnskapsstatus. Tema 1: Sykefravær. AFI-notat 11/2007
- Gensby, U., Holten, A.L. og Nielsen K. (2007): Strategier for virksomheders forebyggende indsats til forbedring af det psykososiale arbejdsmiljø – et eksempel fra Storbritannien. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Hansen, Skog. I.L, Hyggen, Chr, og Nuland, B.R. (2009): Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet. Fafo-rapport 2009:40
- Holten, A.L og Nielsen, K. (2007): Ledelsesstil, psykososialt arbejdsmiljø og trivsel i ældreplejen. Det nationale forskningscenter for Arbejdsmiljø. SOSUO-rapport nr. 9
- Hovik, S., Stigen, I.M., Blekesaune, M. og Opedal S. (2010): Evaluering av Kvalitetskommune-programmet. Sluttrapport. Samarbeidsrapport NIBR/NOVA/IRIS 2010
- Hultberg, A., Skagert, K., Ekbohm Johansson, P. og Ahlberg, jr G. (2010): Kunskap och metoder för hälsofrämjande arbetsplatser. ISM-rapport 9/2010

- Hvid Bern, S., Clausen, T., Gomes Carneiro, I. Borg, V, og Aust, B. (2012): Ændringer I arbeidsmiljø, helbred og trivsel for otte stillingsgrupper I ældreplejen fra 2005 til 2008. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. SOSU-rapport nr. 22
- Jensberg, Heidi og Jan Lippestad (2012): Sykefravær - gradering og tilrettelegging. Sintef teknologi og samfunn, avdeling helse. Gruppe for arbeid og helse.
- Johannisson (2008): Om begreppet kultursjukdom. Läkartidningen nr 44 2008 volym 105
- Johnsson, J., Lugn A. og Rexed, B. (2006): Langtidsfrisk. Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet. Genesis
- Kankkunen, T.F. (2009): Två kommunala rum: Ledningsarbete i genusmärkta tekniska respektive omsorgs- och utbildningsverksamheter. ACTA UNIVERSITATIS Stocholmensis. Stockholm Studies in Sociology. New Series 36
- Kann, I.C., Brage, S., Kolstad, A., Nossen, J.P og Thune, O. (2012): Har gradert sykemelding effekt på sykefraværet? Arbeid og velferd nr. 2. 2012
- Kiær, E., Wågø Aas, R., Lunde Ellingsen, K. og Solberg, A. (2010): En intervjuundersøkelse om tiltak for å redusere sykefraværet i grunnskolen. Rapport IRIS 2010/184
- Knudsen, H. og O. Busck, J. Lind (2009): Medarbejderdeltagelsens betydning for arbeidsmiljøets kvalitet. Nr 2009-9. Rapport fra Medea-prosjektet
- Kvåle, G. og T.S. Olsen (2004): Evaluering av tilretteleggingstilskuddet. Agderforskning og Høgskolen i Agder. Prosjektrapport nr. 8
- Källestål, C. (redaktør), Bjurvald, M., Menckel, E., Schærström, A., Schelp. Lothar og Unge, C. (2004): Hälsöfrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter.
- Labriola M., Lund, T. og Bang Christensen, K. (2007): Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. NFA-rapport.
- Labriola, M., Holte, K.A., Bang Christensen, K., Feveile, H., Alexanderson, K. og Lund, T. (2011): The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study.
- Lau, B., Bakke Finne, L. og Berthelsen, M. (2011): Deltakelse i arbeidslivet: Helsefremmende eller en risiko for utvikling av dårlig mental helse? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol. 48, nummer 8, 2011, side 745-750
- Lie, S.A. (2009): Evaluering av tiltak for å redusere sykefravær. Norsk Epidemiologi 2009; 19 (2): 153-160
- Lie, S.A. (2010): Sykemelding, gradert sykemelding og forløpet tilbake til jobb. Gjentatte overgangar mellom full sykemelding, gradert sykemelding og jobb for 283 296 personer fra 2002 til 2010. Rapport Uni helse.

- Lien, L. og Gjernes, T. (2009): - Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer. NF-rapport nr. 11/2009
- Lorentzen, Hepsø, I. og Kongsvik, T. (red.): Forskning som endringsverktøy i organisasjoner. Forståelse og utvikling av praksis. Fra empiri til teori - casestudier som metode i organisasjonsforskning. Tapir akademisk forlag. 2009
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Schjelderup Mathisen, K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011): Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1
- Mastekaasa, A. (2012): Kvinners og menns sykefravær - en stadig økende forskjell? Søkelys på arbeidslivet. ISSN 1504-8004. 29(1/2), s. 21- 32
- Midtsundstad, T. og Bogen, H. (2011): Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv. Fafo-rapport 2011:10
- Midtsundstad, Drøpping, J.A. og Østberg, T. (2005): Seminar om evaluering av intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv. 6. og 7. desember 2004. Fafo-notat 2005:05.
- Moland L og K Bråthen (2012b): Langturnus og hele stillinger i Bergen kommune. Arbeidstid i tjenester for utviklingshemmede og psykisk syke. Fafo-rapport 2012:60
- Moland, L. E. (2007b). Deltidsarbeid og sykefravær i Oslo kommune. Rapportering til Oslo kommune ved Utviklings- og kompetansetaten Fafo-notat 2007:01.
- Moland, L.E. (2005), Med legene på laget. Et fagutviklingsprogram for å utvikle legenes rolle i et inkluderende arbeidsliv. Arbeidsnotat 5 i Følgforskning Inkluderende arbeidsliv. Fafo-notat 2005:06
- Moland, L.E. & M. Egge (2000). Kommunal sektor - bedre enn sitt rykte? Strategier for å rekruttere og beholde arbeidskraft. Fafo-rapport 337.
- Nielsen, K., Stage, M., Simonsen Abildgaard, J., Brauer, C. (2013): Gode trivselsprosesser med medarbeiderne i centrum – inspiration til arbejdsmiljøindsatser i virksomheder og organisationer. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Nise, G., Ekenvall, L., Alberyd, J., Svartengren, M. og HoF study group (2007): Friska företag i alla branscher - en registerstudie. Hälsa och framtid. Ett forskningsprojekt om långtidsfriska företag. Karolinska Institutet, Stockholmsläns landsting og Uppsala Universitet.
- NOU 2010:13: Arbeid for helse.
- NOU 2000:27: Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv.
- NOU 1999: 13. Kvinners helse i Norge. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Regjeringen 19. September 1997. Avgitt til Sosial- og helsedepartementet 28. januar 1999.
- Nyberg, Anna, Bernin, Peggy og Theorell, Töres (2005): The impact of leadership on the health of subordinates. Arbetslivsinstitutet. Report No 1:2005
- Odeen, M., Magnussen, L.H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H.R. og Tveito, T.H. (2013): Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. Occupa-

tional Medicine 2013; 63:7-16. Advance Access publication 5 December 2012 doi: 10.1093/occmed/kqs 198

Olafsson, K. og H. L. Sataøen (2006): Evaluering av «Gult kort». Vestlandsforskning, rapport 6/2006.

Osborg Ose, S. (2010): Kunnskap om sykfravær: nye norske bidrag. Sintef Helse. Gruppe for arbeid og helse. Februar 2010

Osborg Ose, S., Brattlid, I., Haus-Reve, S., Mandal, R. og Bjerkan, A.M. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene. Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester. SINTEF, Teknologi og samfunn, avd. Helse, gruppe for arbeid og helse, Exonero og NAV Arbeidslivssenter

Osborg Ose, S., Bjerkan, A.M, Pettersen, I., Hem, K.G., Johnsen, A., Lippestad, J., Paulsen, B., Mo, T.O. og Saksvik, P.Ø. (2009): Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). Sintef, juni 2009

Osborg Ose, S., H. Jensberg, R. Eidsmo Reinertsen, M. Sandsund og J.M. Dyrstad (2006): Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse

Osborg Ose, S., Kaspersen, S.L., Haus Reve, S., Mandal, R., Jensberg, H. og Lippestad, J. (2012): sykefravær - gradering og tilrettelegging. SINTEF Helse Gruppe for arbeid og helse. SINTEF A22397

Rambøll Management (2008): Evaluering av arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen. Sluttrapport.

Riksrevisjonens undersøkelse av NAVs innsats for et mer inkluderende arbeidsliv gjennom arbeidslivssentrene og tilretteleggingstilskuddet. Dokument nr. 3:15 (2008-2009).

Rundskriv § 8 – 6 Gradert sykemelding

Sigstad Lie, J.A., Gulliksen, E., Bast-Pettersen, R., Skogstad, M., Tynes T. og Wagstaff, A.S. (2008): Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie. STAMI-rapport. Årgang 9 nr. 21

Simonsen, J.S., Holten, A.L. og Nielsen, K. (2010): Strategier for virksomheders forebyggende indsats til forbedring af det psykosociale arbejdsmiljø - eksempler fra Sverige. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

Skollerud, K.H. (2008): Effekter av tiltak på sykefravær. TØI rapport 992/2008

Smeby, L., Bruusgaard, D. og Claussen, B. (2009): Sickness absence: Could gender divide be explained by occupation, income, mental distress and health? Scandinavian Journal of Public Health. September 2009 vol. 37 no. 7 674-681

Sollund, M. og Wiborg, A. (2007): En jobb å eldes med? Kjennetegn ved noen gode kommunale arbeidsplasser innenfor kommunal eldreomsorg. NF-rapport nr. 9/2007

- Steen Mortensen, O., Bang, J. og Ebbehøj, N. (2007): «Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomheder, socialforvaltning og læger». Bispebjerg Hospital. Arbejdsmedicinsk Klinik.
- Sterud, T., Knardahl, S., Labriola M. og Lund, T. (2010): Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet. Utredning for HODs utvalg for å utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren.
- Torp, S. og Eklund, L. og Thorpenberg, S. (2011): Research on workplace health promotion in the Nordic countries: a literature review, 1986-2008. Global Health Promotion. September 2011 vol. 18 no. 3 15-22
- Trygstad og Bråthen (2011): Tilrettelegging i arbeidslivet. Fafo-rapport 2011:22
- Vaez, M. og Voss, M. (2009): Våld och hot om våld som ett arbetsmiljöproblem. En longitudinell studie av 9000 kommun- och landstinganställda. Rapport 2009. Karolinska Institutet, Sektionen för försäringssmedicin. Institutionen för klinisk neurovitenskap.
- Vinje, H.F. og Ausland, H.L (udatert): Kollegafellesskap som fremmer nærvær og velvære i seniorers arbeidsliv.
- Vetnes Johannessen, S. (2007): Sluttrapport Prosjekt nærvær 01.06.05-30.06.07. Mandal kommune.
- Wathne, Chr. T. (2009): Hva kan vi lære av gode eksempler på sykefraværarbeid? AFI-notat 2009:3
- Aas, RW og Skaugen, BH: Sykefraværarbeid - en tiltakshåndbok. Fundamenteringstiltak, persontiltak og prosjekttiltak. Rapport IRIS nr 2007/143

«Saman om» sykefravær – en kunnskapsstatus



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2013:02
ISSN 0804-5135