



Rapport

# 12 år med IA-avtaler - hva nå?

Forfattere:

Solveig Osborg Ose, Ingunn Bråttlid og Rune Slettebak



SINTEF Teknologi og samfunn, Avd. helse  
Gruppe for arbeid og helse





# Rapport

## 12 år med IA-avtaler – hva nå?

Foretaksregister:

**EMNEORD:**IA-avtalen  
Kommuner  
Sykefravær  
Inkludering  
Seniorer  
Kultur og holdninger  
HMS  
Sykelønnsordningen  
IA-virkemidler**VERSJON**

1

**DATO**

2013-10-04

**FORFATTERE**

Solveig Osborg Ose, Ingunn Brattlid og Rune Slettebak

**OPPDRAGSGIVER(E)**

KS FoU

**OPPDRAGSGIVERS REF.**

Hanne Børrestuen

**PROSJEKTNR**

102001054

**ANTALL SIDER OG VEDLEGG:**

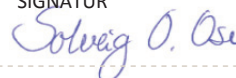
167

Hovedproblemstillingene vi er bedt om å besvare i dette prosjekter er:


- På hvilken måte kan en tydeligere kopling mellom HMS-arbeid og IA effektivisere avtalen? Hvilke utfordringer er knyttet til fordeling av roller og ansvar?
- På hvilken måte kan kultur og holdningsendringer være en nødvendig forutsetning for å oppnå målene i avtalen?
- Hvordan kan ulike modeller for finansiering av sykelønnsordningen for hhv. arbeidsgiver og arbeidstaker bidra til økt nærvær og handlingsrom?
- Opplever arbeidsgivere i kommunal sektor at de har tilstrekkelige og gode nok virkemidler i IA-arbeidet, evt. hvilke andre virkemidler ville være ønskelige?
- Hvilke resultater oppnår man ved dagens virkemiddelbruk? Er tidsbruken ved dagens virkemidler for store/passe i forhold til resultatene man oppnår?

**UTARBEIDET AV**

Solveig Osborg Ose

**SIGNATUR****KONTROLLERT AV**

Karin Dyrstad

**SIGNATUR****GODKJENT AV**

Randi Eidsmo Reinertsen

**SIGNATUR****RAPPORTNR**

A25013

**ISBN**

978-82-14-05618-1

**GRADERING**

Åpen

**GRADERING DENNE SIDE**

Åpen



## Forord

Prosjektet startet for omtrent ett år siden etter at KS utlyste FoU midler for å få svar på sentrale problemstillinger rundt det kommunale IA-arbeidet.

Arbeidsdelingen i prosjektet har vært som følger: Ingunn Brattlid har gjennomført alle intervjuer i tjue tilfeldig valgte kommuner. Intervjuene ble gjennomført på slutten av 2012 og i begynnelsen av 2013. Totalt er 87 personer intervjuet. Brattlid har hatt ansvaret for kapitlet om det kommunale rammeverket og kapitlet kultur og holdning. Brattlid har også bidratt med sin kompetanse i kapitlene om det kommunale IA-arbeidet og om koblingen mellom HMS og IA.

Undertegnede har hatt ansvaret for kartleggingen som ble gjort i alle kommunene på slutten av prosjektperioden og for kapitlene om det kommunale IA-arbeidet, kobling mellom HMS-arbeid og IA-arbeid, finansiering av sykelønnsordningen og insentiver for nærvær og kapitlet om virkemidler.

Rune Slettebak har bearbeidet datagrunnlaget fra kartleggingen og laget de fleste tabellene fra undersøkelsen. Kartene som er brukt i rapporten er også laget av Slettebak. Forsker Karin Dyrstad har bidratt med litteraturgjennomgang i deler av rapporten.

Intervjuguider og spørreskjema er utarbeidet av prosjektgruppen i samarbeid.

Vi sender en stor takk til alle som har deltatt i intervju i de tjue kommunene. En stor takk også til alle de personalledere, hovedverneombud og hovedtillitsvalgte som har tatt seg tid til å besvare de mange spørsmålene i kartleggingen. Mange har ment at dette er viktige tema og har ønsket å gi innspill til KS sitt videre arbeid med IA-avtalen.

Takk også til prosjektsekretær Mona Kirkeby Eidem i Sintef, som har satt opp og sendt ut tre ulike skjema til alle landets kommuner og fylkeskommuner. Hun har også laget forsidene.

En takk også til seniorforsker Simen Markussen ved Frischsenteret for kommentarer og innspill til kapitlet om sykelønnsordningen.

Spesialrådgiver Hanne Børrestuen har vært vår kontaktperson gjennom prosjektet og vi takker for godt samarbeid.

Solveig Osborg Ose



prosjektleder

22. oktober 2013



# Innhold

Oppsummering og konklusjoner .....	7
1 Innledning.....	13
1.1 Oppdraget .....	13
1.2 Prosjektet .....	14
1.3 Tidligere forskning og kunnskapsstatus .....	14
1.4 Metodisk tilnærming og datagrunnlag.....	21
1.4.1 INTERVJUER MED 20 KOMMUNER.....	21
1.4.2 KARTLEGGING I ALLE KOMMUNER .....	22
1.5 Rapportens struktur .....	26
2 Det kommunale rammeverket for IA-arbeidet .....	27
2.1 IA-avtalen og arbeidsgiveransvar .....	27
2.2 Kommunalt rammeverk .....	28
2.2.1 DEMOKRATISK SELVSTYRE .....	28
2.2.2 OVERORDNET ANSVAR OG STYRING .....	29
2.2.3 SAMHANDLINGSREFORMEN .....	30
2.2.4 SAMFUNNSANSVAR FOR FOLKEHELSE.....	31
2.2.5 INTERKOMMUNALT SAMARBEID OG SAMORDNING.....	33
2.2.6 KOMMUNAL ORGANISERING .....	33
2.3 Oppsummering.....	34
3 Det kommunale IA-arbeidet.....	35
3.1 Innledning.....	35
3.2 Oppslutning om IA-avtalen.....	35
3.3 Unødvendig sykefravær i kommunale tjenester .....	37
3.4 Kortere sykepermisjon .....	40
3.5 Kommuneprosjekter ved sykefravær og arbeidsmiljø .....	42
3.6 Forhold utenfor jobben som fører til sykefravær .....	42
3.7 Legen og sykmeldinger .....	44
3.8 Samarbeid med NAV .....	49
3.9 Oppsummering.....	50
4 Kobling mellom HMS-arbeid og IA-arbeid.....	53
4.1 Innledning.....	53
4.2 Tidligere forskning .....	55
4.3 Resultater .....	57
4.3.1 HMS-ARBEID I KOMMUNENE .....	57
4.3.2 IA-ARBEID I KOMMUNENE .....	60

4.3.3	HMS I KOMMUNER VERSUS ANDRE VIRKSOMHETER.....	62
4.3.4	ARBEIDSMILJØUTVALG OG UNDERUTVALG .....	64
4.3.5	ARBEIDSMILJØUTVALGETS REPRESENTASJON OG FUNKSJON .....	66
4.3.6	IA EN DEL AV KOMMUNENS PERSONALPOLITIKK? .....	68
4.3.7	TILLITSVALGTES ROLLE.....	71
4.3.8	VERNEOMBUDENES ROLLE .....	74
4.3.9	KOBLING MELLOM IA-ARBEIDET OG HMS-ARBEIDET I KOMMUNENE .....	76
4.4	Oppsummering.....	77
5	Kultur og holdning .....	79
5.1	Innledning.....	79
5.2	Teori og tidligere forskning .....	79
5.2.1	KULTUR OG RELASJONER.....	84
5.2.2	KULTURELL DISIPLINERINGSMAKT OG PÅVIRKNING PÅ HELSE. ....	85
5.2.3	MULIGHETER FOR UTVIKLING AV LEDELSE I KOMMUNAL SEKTOR.....	87
5.3	Resultater og funn .....	89
5.3.1	HVORDAN KAN KULTUR OG HOLDNINGSENDRING BIDRA TIL Å OPPNÅ REDUSERT SYKEFRAVÆR I KOMMUNEN? .....	89
5.3.2	HVORDAN KAN KULTUR OG HOLDNINGSENDRING BIDRA TIL ØKT INKLUDERING AV MENNESKER MED REDUSERT ARBEIDSEVNE I KOMMUNEN? .....	91
5.3.3	HVORDAN KAN KULTUR OG HOLDNINGSENDRING BIDRA TIL ØKT GJENNOMSNIITTLIG AVGANGSALDER (SENIORPOLITIKK) I KOMMUNEN? .....	93
5.3.4	ARBEIDSMILJØ I KOMMUNALE TJENESTER .....	94
5.3.5	LEDERSTØTTE, LEDERUTVIKLING OG OPPLÆRING .....	95
5.3.6	HOLDNINGSARBEID PÅ SYSTEMNIVÅ .....	102
5.3.7	KULTUR FOR SYKMELDING HELLER ENN EGENMELDING PÅ KORTE FRAVÆR.....	105
5.3.8	MELLOMMENNESKELIGE RELASJONER PÅVIRKER KULTUR.....	106
5.3.9	SYSTEM OG RUTINER .....	108
5.3.10	KONFLIKTHÅNDTERING .....	111
5.3.11	KVALITETSUTVIKLINGEN OG BRUKERFORVENTNINGER I KOMMUNALE TJENESTER .....	114
5.3.12	BHT'S ROLLE VED KULTUR OG HOLDNINGSENDRING.....	116
5.4	Oppsummering og diskusjon.....	117
6	Finansiering av sykelønnsordningen og insentiver for nærvær.....	119
6.1	Tidligere forskning.....	120
6.1.1	SJENERØSE ORDNINGER .....	120
6.1.2	EFFEKT AV ENDRINGER I SYKELØNNSORDNINGEN .....	120
6.1.3	SYKENÆRVÆR.....	122
6.1.4	FORSØK MED UTVIDET EGENMELDING .....	123
6.1.5	MISBRUK AV SYKELØNNSORDNINGEN, ARBEIDSMORAL OG HOLDNINGER .....	123
6.1.6	SMITTEEFFEKTER VED SYKEFRAVÆR .....	125
6.1.7	ARBEIDSGIVERBETALING VED SYKEFRAVÆR .....	126
6.2	Fra kommunene .....	127
6.2.1	INNSTRAMMINGER PÅ ARBEIDSGIVERSIDEN .....	127
6.2.2	INNSTRAMMINGER PÅ ARBEIDSTAKERSIDEN .....	130



6.2.3	BRUK AV EGENMELDING VERSUS SYKMELDING .....	131
6.3	Diskusjon .....	133
6.3.1	ØKT ARBEIDSGIVERBETALING VED LANGTIDSSYKEFRAVÆR.....	134
6.3.2	ØKT ARBEIDSTAKERBETALING VED KORTTIDSFRAVÆR.....	135
6.3.3	ØKT ARBEIDSTAKERBETALING VED LANGTIDSFRAVÆR .....	136
6.3.4	ØKT BRUK AV EGENMELDINGER HELLER ENN SYKMELDINGER .....	137
6.4	Oppsummering.....	138
7	Virkemiddelvurdering og nye potensielle virkemidler .....	139
7.1	Innledning.....	139
7.2	NAV Arbeidslivssenter .....	140
7.2.1	TIDLIGERE FORSKNING .....	140
7.2.2	FUNN FRA KOMMUNENE .....	140
7.3	Refusjon av BHT-honorar .....	142
7.3.1	FUNN FRA KOMMUNENE .....	143
7.4	Tilretteleggingstilskudd .....	143
7.4.1	FUNN FRA KOMMUNENE .....	144
7.5	Utvidet egenmelding .....	145
7.6	Regimet rundt oppfølging av sykmeldte, jf. arbeidsmiljøloven og folketrygdloven .....	147
7.6.1	FUNN FRA KOMMUNENE .....	148
7.7	Gradert sykmelding .....	149
7.7.1	FUNN FRA KOMMUNENE .....	152
7.8	Forslag om andre virkemidler - sykefravær .....	155
7.9	Forslag om andre virkemidler – inkludering .....	156
7.10	Forslag om andre virkemidler - seniorer .....	158
7.11	Oppsummering.....	159
	Referanser .....	163
	Summary and conclusions.....	169



# Oppsummering og konklusjoner

Hovedproblemstillingene vi er bedt om å besvare i dette prosjekter er:

- På hvilken måte kan en tydeligere kopling mellom HMS-arbeid og IA effektivisere avtalen? Hvilke utfordringer er knyttet til fordeling av roller og ansvar?
- På hvilken måte kan kultur og holdningsendringer være en nødvendig forutsetning for å oppnå målene i avtalen?
- Hvordan kan ulike modeller for finansiering av sykelønnsordningen for hhv. arbeidsgiver og arbeidstaker bidra til økt nærvær og handlingsrom?
- Opplever arbeidsgivere i kommunal sektor at de har tilstrekkelige og gode nok virkemidler i IA-arbeidet, evt. hvilke andre virkemidler ville være ønskelige?
- Hvilke resultater oppnår man ved dagens virkemiddelbruk? Er tidsbruken ved dagens virkemidler for store/passe i forhold til resultatene man oppnår?

Datagrunnlaget bygger i hovedsak på intervjuer med ulike aktører i 20 kommuner og en kartlegging alle kommunene ble invitert til å delta i. I de 20 kommunene intervjuet vi rådmenn, kommunalsjefer, virksomhetsledere, HR/personalsjefer, HMS/IA kontakter, hovedverneombud, tillitsvalgte, bedriftshelsetjeneste (BHT), NAV lokal, NAV arbeidslivsenter i ulike kombinasjoner. Både fokusgruppeintervjuer og enkeltintervjuer er gjennomført. Totalt har vi intervjuet 87 respondenter. Intervjuene er transkribert, kodet og analysert på ulike måter. På slutten av prosjektperioden (juli/august/september) gjennomførte vi en elektronisk kartlegging i kommunene. Responsen har vært god. Det er 203 personalledere som har svart (47 %), 606 hovedtillitsvalgte (78 % av kommunene er representert) og 142 verneombud (33 %). I de største kommunene er det 77 prosent av personallederne som har svart, så det er en overrepresentasjon blant de store kommunene. Rapporten inneholder mange referanser til relevant forskning, og det er brukt mange sitater i teksten for å få dybde i innholdet. Dette er derfor en omfattende rapport som er ment som innspill til videreutvikling av det kommunale IA-arbeidet.

## Generelle funn

Kommunene fremstår i stor grad som inkluderende arbeidsplasser. Lederne jobber generelt hardt med både oppfølging av sykmeldte, forebygging og for å bevare folk lenge i jobb. Enhetsledere og personalledere opplever i stor grad at de har et samfunnsansvar for å beholde folk lenge i arbeidslivet.

Et flertall av alle respondentene har tro på IA-avtalen, særlig ansattrepresentantene. En av fem personalledere svarer at de ikke har tro på avtalen, mens like mange ikke vet helt om de har tro på avtalen. Vi tror dette i stor grad handler om misnøyen rundt rapporteringen til NAV ved 9-ukers varighet på sykmeldinger, og at de opplever at arbeidsgivere har fått veldig stort tilretteleggingsansvar. At de ansatte har mer tro på avtalen, kan handle om økte ansattrettigheter som følge av avtalen, uten at pliktene er vesentlig endret. For arbeidsgiversiden har IA-avtalen betydd et klart større ansvar for de ansatte når de blir sykmeldt.

Det er nok noen kommuner og enheter som har mer å gå på i forhold til forebygging, tilrettelegging og oppfølging, men generelt ser det ut til at mulighetene som ligger på arbeidsplassen prøves ut. NAV oppleves generelt å ha store forventninger til den enkelte kommune, men det er betydelig

variasjon mellom både NAV-veiledere og NAV-kontor i forhold til hvor grensene for tilretteleggingsansvaret settes.

I personalarbeidet er det flere kommuner som strammer inn praktisering av kommunens permisjonsregler ved langvarig sykefravær. En av fire personalledere sier at de gir kortere permisjonstid etter at sykepengere rettighetene er brukt opp nå enn tidligere. Holdningen er at det er bedre å hjelpe folk raskere videre over i noe nytt, enn at de har en permisjon i mange år fra en stilling som de ikke kan komme tilbake i. Regelverk, virkemidler og samarbeidet med NAV fremstår som et potensial for utvikling i slike saker.

Krav til tett oppfølging av sykmeldte og streng tilretteleggingsplikt har ført til at lederrollen har endret seg. Fordi lederne skal tilrettelegge mye, er det nødvendig med mye informasjon fra den sykmeldte. De sykmeldte er generelt åpne om egen helse- og familiesituasjon, men dette kan utfordre et tydelig skille mellom jobb og privatliv.

Kommunene arbeider i en annen ramme enn mange andre IA-virksomheter, fordi kommuner i stor grad forholder seg til statlige føringer og satsninger. Folkehelsesatsningen og Samhandlingsreformen gjør at kommunene oppretter stillinger og roller rundt forebygging, friskvern, folkehelse. I tillegg har de folk som jobber internt med IA, HMS, kvalitetssystem og annet. Mange kommuner har derfor behov for å samordne aktiviteten og ha en mer helhetlig tilnærming for å få god effekt av arbeidet, og kanskje er det tid for å se ekstern og intern aktivitet mer i sammenheng i kommunene.

### **Kobling mellom HMS og IA**

---

Om ikke IA og HMS ses i sammenheng, vil personaltjenestene ta hånd om det som er relatert til IA (oppfølging av sykmeldte, tilrettelegging og inkludering), mens vernetjenesten/HMS-tjenesten vil ta seg av det som handler om HMS (internkontroll, vernearbeid og arbeidsmiljø).

Det som er utfordrende kan være rollefordelingen mellom verneombud og tillitsvalgte fordi verneombudene tradisjonelt tilhører HMS delen, mens tillitsvalgte tilhører IA-arbeidet. Det er fortsatt store svakheter i de tillitsvalgtes involvering i IA-arbeidet, og dette skyldes sannsynligvis den tradisjonelle rollen som tillitsvalgte har i forhold til lønn og arbeidsbetingelser. Uten at rammene for tillitsvalgtarbeidet oppleves å ha økt, samtidig som det ikke er noe mindre press på forhold rundt lønn og arbeidsbetingelser, er det sannsynligvis vanskelig å forvente at de tillitsvalgte skal være veldig involvert i IA-arbeidet i kommunene. Hovedtillitsvalgte har i større grad frikjøpt tid, men IA-arbeidet skal foregå ute på enhetene. Dette er en av utfordringene knyttet til roller og ansvar og kan bidra til å forklare hvorfor nærmere halvparten av de tillitsvalgte i kommunene ikke opplever at de er tilstrekkelig involvert i IA-arbeidet i kommunen. Færre enn halvparten av hovedtillitsvalgte mener at oppgave- og ansvarsfordelingen i IA-arbeidet mellom verneombud og tillitsvalgte er avklart, så rolleavklaring er nødvendig i mange kommuner.

HMS-regelverket er i stor grad utviklet for industrien, og det bør undersøkes om det kan gjøres tilpasninger slik at mer av innholdet i HMS blir relevant for kommunene. Vi konkluderer likevel med at IA-arbeid i kommunene kan ses på som en utvidelse av HMS-arbeidet, der HMS er det langsiktige og systematiske arbeidet som gjøres for å unngå at folk blir syke eller skadde, mens IA-arbeid er det som gjøres når noen blir syke eller trenger tilrettelegging og inkludering.

## **Kultur og holdningsendringer**

---

Systematisk arbeid med kultur- og holdninger er en forutsetning for å oppnå bedre måloppnåelse innen alle de tre delmålene i IA-avtalen i kommunene. Ledelse er avgjørende i dette arbeidet. Mange kommuner har svak systemforankring av IA og HMS i en overordnet arbeidsgiverstrategi. Ledere på alle nivåer må bidra gjennom å bli bedre kjent med hverandres roller og de mulighetene de har til å påvirke kultur og holdning.

Mange kommuner er for sene til å ta tak i en situasjon der en leder ikke fungerer. Vi finner at legemeldt sykefravær er systematisk høyere i kommuner der personalleder svarer at de ikke er raske nok til å ta tak i situasjoner der en leder ikke fungerer. Vi finner også at mangel på åpenhet om ulike virkelighetsoppfattelser knyttet til ledelse og arbeidsmiljø kan skape "korridorprat", og at dette kan være underrapportert i arbeidsmiljøundersøkelser.

Det er pleie- og omsorgstjenester og barnehager som har høyest sykefravær i kommunene. Felles for disse er at det er kvinnedominerte arbeidsplasser, tett brukerkontakt og tjenesteområder som spiller en viktig samfunnsrolle i folkehelsearbeidet. Det er generelt lite forskning på denne type arbeidsplasser, og på kvinners arbeidshelse generelt.

## **Sykelønnsordningen**

---

Vi foreslår at endringene i sykelønnsordningen først og fremst bør være innstramminger i bruk av egenmeldinger, der ledere opplever at det er hyppig og ikke-legitimt sykefravær. Dette som et alternativ til innstramminger i sykelønnsordningen gjennom å innføre karensdager - som hele 80 prosent av personallederne tror vil gi redusert sykefravær. Innføring av karensdager har risiko for å gi lenger fraværstilfeller og dermed økt sykefravær totalt. Sterkere praktisering av arbeidsgivers lovbestemte rett til å ta fra ansatte retten til å bruke egenmeldinger, vil kunne gjøre at man i større grad treffer dem man ønsker. Hyppige og ulegitimerte korttidsfravær gjelder enkeltpersoner og er unntaket heller enn regelen. Det er få personalledere og ansattrepresentanter som tror innstramminger i sykelønnsordningen på arbeidsgiversiden vil føre til lavere sykefravær i kommunene. Dette er i tråd med tidligere funn fra Sintef, der vi har konkludert med at innstramminger på arbeidsgiversiden vil føre til lavere inkluderingsvilje heller enn at det vil fokusere på forebygging for å hindre økte kostnader. Årsaken er blant annet at forebygging er vanskelig, og at det er lite dokumentasjon på potensialet som ligger i ulike forebyggingstiltak.

## **Virkemidler i IA-arbeidet**

---

Det er stor variasjon i hvor god effekt virkemidlene i IA-arbeidet oppleves å ha i kommunene. En stor andel av personallederne, hovedverneombudene og hovedtillitsvalgte erfarer at særlig tilretteleggingstilskuddet har effekt på sykefraværet. Litt over halvparten av tilretteleggingstilskuddet går til kommunene. Det kan argumenteres for at det er riktig, fordi det er kommunene som har det høyeste sykefraværet. Vi finner også at en stor andel av respondentene mener at kontaktpersonen ved NAV Arbeidslivssenter betyr mye, men det er færre hovedverneombud og hovedtillitsvalgte enn personalledere som mener dette. Det kan komme av at det ofte er ledelsen som i praksis har kontakt med NAV Arbeidslivssenter, selv om sentrene legger vekt på å inkludere både representanter for de ansatte og ledere når de har kontakt. Det er mange av ansattrepresentantene som ikke kjenner til refusjon av BHT-honoraret som virkemiddel, og det er naturlig siden det er ledelsen og BHT som søker om dette. Utvidet egenmelding har derimot ansattrepresentantene betydelig oftere tro på enn

personallederne. Dette kan ha sammenheng med at personallederne ser at det svært ofte brukes sykmelding i egenmeldingsperioden uansett.

De indirekte virkemidlene, de som ikke er en del av avtalen, men som har kommet som følge av IA-samarbeidet, er det blandede erfaringer med. De indirekte virkemidlene er primært oppfølgingsregimet og graderte sykmeldinger. De aller fleste personalledere erfarer at starten på oppfølgingsregimet med utvikling av oppfølgingsplan og gjennomføring av dialogmøte har god effekt på sykefraværet. Det er mange færre som mener BHT sin deltakelse på dialogmøte 1 har effekt, men godt over halvparten av personallederne mener at legens deltakelse på dialogmøte har stor effekt på sykefraværet. Det er få som mener at rapporteringen fra arbeidsgiver til NAV har effekt på sykefraværet. Tilsvarende finner vi for sanksjonene mot arbeidsgiverne - få tror at dette har effekt på sykefraværet. Sanksjoner mot sykmeldte dersom de ikke medvirker, er det derimot mange personalledere som har tro på. Dette er også relatert til den store andelen personalledere som mener at karensdager vil ha stor effekt på sykefraværet. Det er også blandede erfaringer med gradert sykmelding. Noen steder fungerer det godt, mens andre opplever betydelige utfordringer. Vi har tidligere konkludert med at gradert sykmelding gir lavere sykefravær (matematisk sammenheng), men at økt bruk av gradert sykmelding har ført til en kostnadsovervelting fra folketrygden til arbeidsgiverne (mangel på produktive oppgaver en person med tilrettelegging kan gjøre, vanskelig å skaffe vikar tilsvarende sykmeldingsandel, tilrettelegging for noen gir økt belastning for andre ansatte etc.).

Når det gjelder nye potensielle virkemidler for de tre delmålene, var det for delmål en (reduert sykefravær) særlig mange som foreslo innføring av karensdag. Mange er i tillegg opptatt av virkemidler som gjør at lederen får mulighet til kontakt med den ansatte før sykmeldingen skrives ut slik at de kunne vurdert tilrettelegging. Revitalisering av avventende sykmelding ville langt på vei oppfylt dette behovet. En annen mulighet er at legen i liten grad skriver ut sykmelding i egenmeldingsperioden, men ber den ansatte heller levere egenmelding. Da kunne arbeidsgiveren fått mulighet til å komme på banen med tilretteleggingstiltak før en eventuell sykmelding. Dersom bruken av egenmelding for fravær under 8 dager øker, vil det også være mulighet for å disiplinere mer av korttidsfraværet gjennom å bruke retten til å ta fra ansatte retten til egenmeldinger dersom det mistenkes misbruk av ordningen som nevnt foran.

I forhold til delmål 2 i IA-avtalen om å inkludere flere med redusert funksjonsevne, er det mange personalledere som svarer at de allerede har mange ansatte med behov for tilrettelegging. Hvem personer med "reduert funksjonsevne" er, kan være vanskelig å definere. Noen ser for seg de som har en fysisk funksjonshemming og kanskje sitter i rullestol. Denne gruppen ser ikke ut til å være et tema i noen av de over 200 kommunene som har svart på undersøkelsen. De sier de sjelden eller aldri får jobbsøknader fra denne gruppen, og at om de får det, vurderer de kompetansen på linje med alle andre søkere. Når det gjelder den vanskeligste gruppen, mennesker med psykisk lidelser og problemer ofte kombinert med lav kompetanse, sier lederne at det vil være vanskelig å inkludere disse uten statlige støtteordninger - begrunnet med den økonomiske situasjonen i kommunene. I forhold til delmål 3 i IA-avtalen finner vi, litt parallelt til delmål 2, at det er svært mange personalledere som mener at avgangsalderen er mer enn høy nok i kommunen, og at de lykkes godt med å beholde folk lenge i arbeid. Få er opptatt av de økonomiske virkemidlene utover insentivene i pensjonssystemet, men de sier at et godt arbeidsmiljø, passende oppgaver (interessante og utfordrende oppgaver eller mindre krevende) og fleksibilitet i arbeidstid er viktigere. Delmål 2 og 3

har dermed ikke veldig stort fokus i kommunene, men med å definere bedre målgruppen for delmål 2, vil det være lettere å se hvilke tiltak som er nødvendig.

**Alt i alt konkluderer vi med at det gjøres mye i kommunene rundt IA-arbeid, men at det gjenstår å ta ut en del av potensialet for å redusere unødvendig sykefravær. Dersom feil virkemidler benyttes og det blir for stort press på å få redusert sykefraværet, kan inkluderingsviljen i kommunene reduseres, og det blir vanskeligere å oppnå målet om et inkluderende arbeidsliv.**





# 1 Innledning

## 1.1 Oppdraget

Tilbudsforespørselen fra KS startet slik:

*KS ønsker tilbud på gjennomføring av et FoU-prosjekt som skal gi kunnskap om hvilke utfordringer kommunesektoren står ovenfor når det gjelder oppfølging av dagens IA- avtale, og hvilke problemstillinger det er særlig viktig å ha oppmerksomhet om for å ivareta kommuners og fylkeskommuners interesser når nåværende avtale utgår i 2013.*

Behovet for dette FoU-prosjektet ble begrunnet med følgende punkter:

Det er enkelte særtrekk ved kommunesektoren som har betydning for måloppnåelsen i IA-avtalen; bl.a. at det høye sykefraværet i kommunal sektor i hovedsak kan forklares ved kvinners fravær. Statistikk fra SSB viser at kommunesektoren har en høy andel ansatte med redusert funksjonsevne i tillegg til høy gjennomsnittsalder. Den reelle pensjoneringsalderen har økt i perioden med IA-avtalen.

Store deler av sykefraværet skyldes forhold utenfor jobb. Vi ønsker å få svar på hva kommunesektorens arbeidsgivere opplever som arbeidsgivers muligheter, når sykefraværet skyldes forhold utenfor jobb, og hva som er riktig prioritering av ressurser.

En annen viktig faktor som kan påvirke sykefraværet er legenes sykmeldingspraksis. I dagens praksis kan det være en utfordring at for mange leger vektlegger pasientens ønsker i større grad enn det medisinske skjønnet. Hvordan kan arbeidslivet og legene spille bedre på lag? Vi ønsker kunnskap om hvordan legers sykmeldingspraksis påvirker sykefraværsarbeidet i kommunesektoren.

Det er behov for å vurdere om innretningen og virkemidlene i dagens IA-avtale er relevante for kommunesektoren; ikke minst er det behov for økt kunnskap om arbeidsgivernes erfaringer mht. om virkemidlene er egnet i nærværarbeidet – herunder virkemidler for å oppnå ønsket kultur- og holdningsendring på den enkelte arbeidsplass. Vi ønsker kunnskap om hvordan kommunesektoren samarbeider med leger og ulike aktører i IA arbeidet.

Et element som ikke ble avsluttet ved forhandlingene om dagens avtale var spørsmålet om evt. endringer i arbeidsgivers medfinansiering. Partene var imidlertid enige om at dette punktet skal følges opp videre, og her vil det være avgjørende med et godt kunnskapsgrunnlag om hvilke elementer og modeller som ivaretar sektoren på en best mulig måte.

Aktuelle problemstillinger:

- Opplever arbeidsgivere i kommunal sektor at de har tilstrekkelige og gode nok virkemidler i IA-arbeidet, evt. hvilke andre virkemidler ville være ønskelige?
- Hvilke resultater oppnår man ved dagens virkemiddelbruk? Er tidsbruken ved dagens virkemidler for store/passe i forhold til resultatene man oppnår?
- På hvilken måte kan en tydeligere kopling mellom HMS-arbeid og IA effektivisere avtalen? Hvilke utfordringer er knyttet til fordeling av roller og ansvar?
- På hvilken måte kan kultur og holdningsendringer være en nødvendig forutsetning for å oppnå målene i avtalen?
- Hvordan kan ulike modeller for finansiering av sykelønnsordningen for hhv. arbeidsgiver og arbeidstaker bidra til økt nærvær og handlingsrom?

## 1.2 Prosjektet

For å unngå fragmentert forskning, er vi opptatt av at det er en naturlig sammenheng i prosjektene vi tar på oss. For å besvare problemstillingene i dette prosjektet, bygger vi videre på funn i følgende prosjekt (oppdragsgiver i kursiv):

- Hjelpepleierprosjektet (Ose et al., 2008). *NFR*
- Evalueringen av IA-avtalen (2001-2009) (Ose et al., 2009). *Arbeidsdepartementet*
- Inkluderende arbeidsliv i norske kommuner (Ose et al., 2010). *NAV Farve*
- Sykefravær – gradering og tilrettelegging (Ose et al., 2012). *NHOs arbeidsmiljøfond*
- Holdninger til fravær (Kaspersen et al., 2012). *NHOs arbeidsmiljøfond*.
- Evalueringen av oppfølgingsregimet rundt sykmeldte (Ose et al., 2013). *NAV Farve*
- Evalueringen av IA-avtalen (2010-2013) (Ose et al., 2013). *Arbeidsdepartementet*.
- Evaluering av tilretteleggingstilskuddet (Lippestad og Ose, 2013). *Arbeids- og velferdsdirektoratet*.

I tillegg har vi pågående prosjekt som vi også trekker kunnskap fra:

- Evaluering av Jobbstrategien rettet mot personer med nedsatt funksjonsevne under 30 år. *Arbeidsdepartementet*.
- Samarbeid mellom ulike aktører rundt IA-avtalen og Jobbstrategien. *NAV Farve*.

Når vi bygger videre på tidligere prosjekt, betyr dette at vi utnytter datagrunnlaget fra hvert prosjekt på en bedre måte, men også at konklusjonene og anbefalingene gis i en mest mulig helhetlig ramme.

For å svare på dette oppdraget har vi, i tråd med problemstillingene som ønskes besvart, organisert prosjektet i følgende seks delprosjekt:

1. IA-arbeid i en kommunal ramme
2. Kobling mellom HMS-arbeid og IA-arbeid
3. Kultur og holdning
4. Finansiering av sykelønnsordningen og insentiver for nærvær
5. Virkemiddelvurdering og nye potensielle virkemidler

Vi går først gjennom tidligere forskning og beskriver en kunnskapsstatus på området "kommuner og IA-avtalen". Metodisk tilnærming for å besvare oppdraget beskrives i kapittel 1.4, mens rapportens struktur er presentert i kapittel 1.5.

## 1.3 Tidligere forskning og kunnskapsstatus

Det er gjort en del forskning de senere årene på kommunal sektor generelt, men relativt lite på det som handler direkte om inkluderende arbeidsliv. Det er svært mange tilgrensende relevante tema som arbeidsmiljø, ledelse, tilrettelegging, gradering, organisering, kultur, holdninger, generell endring i sektoren etc. Tilsvarende finnes det etterhvert en del forskning på inkluderende arbeidsliv, men altså lite spesifikt knyttet til kommunal sektor.

Fra arbeidslivsforskningen er det helt klart flest kunnskapsbidrag fra pleie- og omsorgstjenestene, og da særlig sykehjem og hjemmetjenester. Dette er naturlig, siden disse tjenestetene utgjør om lag

hvert fjerde utførte årsverk i kommunene. Grunnskolen utgjør til sammenlikning om lag 20 prosent, mens nesten 15 prosent av alle kommunale årsverk utføres i barnehager og SFO.

Vi har tidligere oppsummert kunnskapsgrunnlaget fra forskning på pleie- og omsorgstjenestene (se Ose et al., 2011) og vi har her klippet ut en oppsummering fra innledningskapittelet i denne rapporten, for å vise hvordan vi forstår kommunene som organisasjon, arbeidsplass og system:

De ulike organisatoriske nivåene i en kommune er politisk ledelse, administrativ ledelse, operativ ledelse på tjeneste- og virksomhetsnivå og arbeidstakerne ute i enhetene. Disse nivåene har ulike funksjoner og det stilles ulike krav til effektivitet og kvalitet i de enkelte nivåene. De står også overfor et heterogent knippe av utfordringer.

Det politiske nivået har funksjoner som innebærer ledelse, prioritering og beslutning. Politikere styrer blant annet gjennom kommuneplanens samfunnsdel og arealplan som gir grunnlaget for politikk og forvaltning. Oppgavene inkluderer resultatoppfølging, evaluering, sikre god ressursutnyttelse til det beste for innbyggerne osv. Utfordringene ligger i knappe ressurser, ofte uavklarte resultatmessige forventninger og alle trendene og endringene de kontinuerlig må forholde seg til som for eksempel Samhandlingsreformen, regionale interkommunale samarbeid osv.

På neste nivå, i kommunens administrasjon, befinner rådmannen og rådmannens stab seg. Funksjonene er her styring og strategisk planlegging. De måles på endring, utvikling og revisjon i henhold til politiske forventninger. Utfordringene her kan være oversettelse av politiske vedtak og konsekvensvurderinger, økonomisk rammestyring, virksomhetsforståelse, verdi og styringsparadokser og politisering av rådmannsfunksjonen (delegering).

På virksomhetsnivå innen pleie- og omsorgstjenestene, er det mellomledere som både har administrativt og faglig ansvar. De måles på rekruttering og kompetanseutvikling, oppfølging og utvikling av HMS og kvalitetssystem, og styrer etter politisk vedtatte budsjett. Utfordringene kan her ligge i ledelse og systemforståelse og det er viktig å definere roller, avklare forventninger og delegering av daglig drift og fag.

På det operative nivået gjennom team eller differensiert avdelingsnivå ligger funksjonene som handler om daglig drift av hver avdeling. Effektivitet og kvalitet oppnås trolig gjennom ansvarliggjøring og medvirkning i utvikling av egen arbeidsplass, utvikling av teamsamarbeid og organisasjonsforståelse (ansvarsvaktsystem). Utfordringene ligger i relasjoner der stikkord er tillit, dialog, lagarbeid/teamarbeid, erfaringsoverføring, organisasjonslæring og faglig kompetanseutvikling.

For den faglige lederen ligger oppgaver som faglig veiledning og kompetanseutvikling i teamet og oppfølging av brukere i henhold til behov. Utfordringene her kan ligge på profesjon- og rolleforståelse, tillit og faglig dialog med basisbemanningen/teamene, interessekonflikter mellom ulike utdanningsgrupper, og ulike forventninger fra ledelse og team. Utfordringene ligger i at de faglige lederne ofte får roller som teamledere med oppgaver som er utenfor daglig drift.

Disse nivåene skal på ulike måter og på ulike arenaer forholde seg til hverandre. Gjennom et godt samarbeid og effektiv oppgavedeling og utføring skal de produsere gode kommunale tjenester. De ansatte i de enkelte enhetene/tjenestene forholder seg på forskjellige måter til de ulike nivåene i kommunene. Deres arbeidshverdag og kvaliteten på det de produser kan tenkes å påvirkes av det som foregår ellers i kommunen. *(Hentet fra Ose, Brattlid et al., 2011 side 26-27).*

I dette prosjektet forsket vi på hvor stor betydning de enkelte nivåene hadde for det lokale arbeidet med arbeidsmiljø, nærvær eller fravær. Dette er det eneste prosjektet vi kjenner til som har gått i dybden av problemstillingene rundt IA-avtalen i kommunal sektor, og vi refererer derfor i det følgende særlig til dette prosjektet.<sup>1</sup>

Prosjektet ble finansiert av NAV FARVE etter et prosjektforslag fra oss, og hovedformålet med prosjektet var å fremskaffe kunnskap om hvordan kommuner generelt, og pleie- og omsorgstjenestene spesielt, kan ruste seg til å møte fremtidige utfordringer innenfor dagens rammer og systemer. Mulighetene for effektiv ressursutnyttelse betinger at de grunnleggende kvalitative rammebetingelsene er på plass. Derfor handlet prosjektet blant annet om samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø. Sykefravær *kan* være en indikator på tilstanden på disse grunnleggende betingelsene, og vi kom derfor inn på sykefraværet i kommunale tjenester.

I tillegg til å finne ut mer om disse temaene, var vi særlig opptatt av å komme til et overordnet kunnskapsnivå, der vi kunne komme med anbefalinger til kommunene om hvordan de bedre skal kunne utnytte mulighetene som ligger i dagens IA-avtale. Tidligere forskning har vist at IA-avtalen har vært mest effektiv i privat sektor (Ose et al., 2009), og vi undersøkte om dette kunne ha sammenheng med at avtalen ikke var godt nok tilpasset kommunale tjenester og de arenaene som naturlig finnes innenfor den typiske kommunale organisasjonen. Vi fant i dette prosjektet blant annet at arenaene for å arbeide med forebygging av helseproblem og mistrivsel, i mange kommuner er dårlig utviklet eller ikke-eksisterende. Vi fant ut at dette kan være en av de grunnleggende betingelsene for å kunne få særlig utbytte av IA-avtalen.

For å få et helhetlig bilde av situasjonen i kommunene på de aktuelle områdene, var det nødvendig med et bredt datagrunnlag og et mangfold av metodiske tilnærminger. I tillegg til gjennomgang og bruk av tidligere forskning og kunnskap, inkluderte informasjonsgrunnlaget vårt følgende datakilder:

- Intervju med 90 respondenter fra seks case-kommuner
- Data fra Arbeidsgiver- og arbeidstakerregisteret (Aa-registeret) og Sykefraværsregisteret for hver kommune ti år tilbake i tid
- Survey blant 10 000 hjelpepleiere
- Survey blant 230 pleie- og omsorgsenheter

Basert på helheten som oppstår gjennom bruk av ulike innfallsvinkler, sterk metodetriangulering, og grundige analyser av ulike problemstillinger, var vi i stand til å komme med noen anbefalinger om det videre arbeidet med IA-avtalen i kommunene. Disse var:

Anbefaling 1: Når tiltak skal iverksettes, for eksempel et tiltak for å redusere sykefraværet, må en kjenne de faktiske forhold i enhetene og ikke basere seg på sekundærinformasjon som kan ha liten rot i virkeligheten, eller i beste fall vise bare ene siden av situasjonen. En må i det minste hente inn informasjon fra tillitsvalgte og verneombud i de enkelte enhetene før en iverksetter tiltak.

---

<sup>1</sup> Det er mange relevante referanser for interesserte lesere i rapporten "Inkluderende arbeidsliv i kommunene: Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester."

Det som kanskje fungerer best, er de tiltakene som de ansatte selv foreslår og ikke de som politisk eller administrativ ledelse har hørt virker i andre kommuner. Grunnlaget for at dette tiltaket skal virke i egen kommune er ikke nødvendigvis til stede.

Anbefaling 2: En må finne metoder for å øke kunnskapen om hva som ligger av muligheter i IA-avtalen ute i de kommunale enhetene. Med å omdefinere IA-begrepet til å bli noe mer enn oppfølging av sykmeldte, kan en trolig utvide rammen det tenkes innenfor, når nye tiltak skal foreslås og utvikles.

Anbefaling 3: Det er viktig å unytte kunnskapen og erfaringene som gjøres i oppfølgingen av og tilretteleggingen for sykmeldte for å forebygge nye sykefravær i hele personalgruppen. Gode ledere har gjennom oppfølging og tilrettelegging lært mye indirekte om forebygging, men de kan likevel trenge hjelp til å systematisere denne kunnskapen og se den i en større sammenheng som kan få effekt for hele personalet. Hva som er effektiv forebygging varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass og den gode kunnskapen utvikles lokalt. Vi anbefaler at ledere læres til å bli bevisst sin egen kunnskap om hva som kan gjøres for å forebygge sykdom og slitasje.

Kunnskapen fra oppfølging av sykemeldte enkeltpersoner i de enkelte tjenesteområdene, bør også kunne samles og dokumenteres for å dele kunnskapen mellom de ulike tjenesteområdene i kommunene. Denne systematiseringen kan for eksempel rådgiverne ved NAV Arbeidslivssenter bidra med.

Anbefaling 4: Tiltakene og tilretteleggingen som gjøres for enkeltpersoner bør i større grad ses i sammenheng med arbeidsgruppen/teamet/avdelingen personen jobber i. Ved å initiere gruppeprosesser med fokus på helsefremmende arbeid, kommunikasjon, tilbakemelding, forpliktelse og involvering vil man kunne samle gruppene om en felles innsats og benytte tilgjengelige (leder)ressurser til oppfølging på en bedre måte.

Tilretteleggingstilskudd bør i større grad vurderes som gruppetiltak heller enn til enkelttiltak. Det bør også være formål om varige effekter som en del av en utviklingsstrategi. Flere NAV Arbeidslivssenter har gode erfaringer med slike tiltak, og kunnskap om slike tiltak bør systematiseres og gjøres kjent for andre.

Anbefaling 5: Kommunene bør ikke prioritere arbeidet med Kvalitetssystem kun for å unngå avvik som fører til tilsyn, men heller se arbeidet med HMS og kvalitet i sammenheng. Vi anbefaler at prosjektet Ergonomi og pedagogikk i barnehager følges opp av et tilsvarende prosjekt i en pleie- og omsorgsenheter for å se på mulighetene for å utvikle kvaliteten i tjenestene, samtidig som arbeidsmiljø og HMS-systemene utvikles.

Anbefaling 6: Det trengs økt bevissthet i kommunene og i pleie- og omsorgssektoren om hvilke muligheter et godt samarbeid gir, med tanke på å kunne realisere lokale gevinster av IA-avtalen. Ikke minst handler dette om god kommunikasjon, dialog og forankring av aktivitets- og virksomhetsmål internt i kommunen, slik at det i hele kommuneorganisasjonen – fra ordfører på toppen og ut til det tjenesteproduserende leddet – eksisterer en mest mulig lik forståelse av hva pleie- og omsorgstjenestene skal tilby av innhold og kvalitet.

Anbefaling 7: Det er mangelfulle arenaer for arbeid med forebygging i kommunene, men rådgiverne på arbeidslivssentrene kan bidra til å skape disse arenaene. Rådgiverne bør heller aktivt oppsøke kommunene enn å vente på en bestilling fra noen i kommunen. Formålet bør først å være å skape gode arenaer der både tillitsvalgte og ledere deltar, der de viktige tingene diskuteres og som er forankret i toppledelsen gjennom deltakelse av de riktige personene.

Kommunene bør også være bevisst den kompetansen som ligger i NAV Arbeidslivssenter og utnytte disse ressursene ved å invitere rådgiverne med på de strategiske arenaene. Rådgiverne kan også bidra i

det forebyggende arbeidet og styrke et helhetlig arbeid med arbeidsmiljøutvikling. Mange kommuner har iverksatt en rekke prosjekter og tiltak som i for liten grad sees og anvendes i et helhetlig perspektiv. En samarbeidspartner utenfra som har med seg et helhetsperspektiv og kunnskap om tilsvarende prosesser fra andre kommuner og fra andre bransjer, kan gi viktige bidrag.

Pleie- og omsorgstjenestene er dermed relativt godt dekket i tidligere forskning om kommunalt IA-arbeid. Vi har derfor nå gjennomført nye litteratursøk med særlig vekt på skole- og barnehagesektoren. Vi har funnet få studier fra disse sektorene, men finner flere som beskriver kommunal og fylkeskommunal sektor generelt, som vi gjennomgår her.

I en rapport fra 2011 undersøkte Ravneberg (2011) holdninger til sykefravær blant lærere i videregående skole. Studien var basert på kvalitative intervju med 25 lærere ved tre videregående skoler i Hordaland. Tema i intervjuene var blant annet den enkeltes opplevelse av sykefraværet ved skolen, og hva lærerne trekker fram av forhold som kan påvirke sykefraværet, som arbeidsmiljø, sosialt og faglig fellesskap, organisering, sykmeldingspraksis og holdninger til sykefravær blant ansatte og ledere. Skolene ble valgt ut fordi de hadde hatt relativt store endringer i sykefraværet i årene før undersøkelsen. Viktige funn i undersøkelsen var at alle lærerne som deltok i studien beskrev arbeidsmiljøet som veldig godt, men mange savnet en tydeligere ledelse og bedre personalhåndtering. De ønsket seg også et større fokus på pedagogikk og faglig utvikling. Ingen av lærerne oppfattet sykefraværet ved sin skole som høyt; de mente at sykefraværet var lavt eller gjennomsnittlig hos kollegene, selv om de ga inntrykk av det varierte mellom avdelinger og klassetrinn. Terskelen for å be om sykmelding så ut til å være høy, og mange ga uttrykk for stor pliktfølelse og lojalitet både overfor elevene og skolen. Lærerne hadde lite kjennskap til formelle regler og rutiner for sykefravær og tilrettelegging. Omlegginger, nye tekniske løsninger og byråkratisering ble trukket fram som slitsomt.

Fafo har de siste årene gjennomført flere studier av kommunesektoren, med særlig vekt på deltidsarbeid og pensjoneringsatferd. Flere av disse studiene er relevante i vår sammenheng, særlig de som handler om sykefravær (delmål 1 i IA-avtalen) og pensjonering (delmål 3), og vi går gjennom de mest sentrale. En fersk kunnskapsstatus utarbeidet for kommunene peker på generelle funn og kjennetegn ved langtidsfriske organisasjoner og helsefremmende ledelse (Lien 2013), men få av studiene som blir gjennomgått handler om kommunesektoren. Faktorer som diskuteres er blant annet kjønn, arbeidsmiljø, ledelse og ulike tiltak, samt en håndfull kommunale prosjekter rettet mot å få ned sykefraværet, som generelt ligger høyere i kommunal sektor enn i andre sektorer.

Midtsundstad (2006) undersøkte tidligpensjonering og bruk av AFP i perioden 2002-2004 i KS' tariffområde, basert på registerdata. Hun fant blant annet at forventet pensjonsalder for ansatte i kommuner (60,8 år), fylkeskommuner og helseforetak (61 år), og i skolesektoren (60,9 år) lå litt lavere enn for befolkningen som helhet (63,6 år). Det var altså en viss forskjell mellom disse sektorene, men først og fremst skiller de seg fra statlig og privat sektor. Andelen som ble uførepensjonert var også høyere enn i privat sektor. Kvinner og personer med lav utdanning hadde høyere sannsynlighet for tidlig pensjonering, noe som forklares med at menn og personer med høyere utdanning gjerne har lettere jobber og opplever større kontroll og mestring i jobben. Hyggen (2007) og Hermansen (2011) utvidet studien av pensjoneringsatferd i KS' tariffområde til respektive 2002-2006 og 2002-2009. Analysen til Hermansen (2011) viste at forventet pensjoneringsalder for ansatte i kommune og skolesektoren gikk opp med henholdsvis sju måneder og ett år og to måneder fra 2002 til 2009. For ansatte i fylkeskommunen var det derimot en nedgang på knapt fire måneder i

samme periode. Det var fortsatt klare forskjeller mellom menn og kvinner og mellom ulike yrkesgrupper, der ingeniører, teknikere og saksbehandlere hadde høyest forventet pensjoneringsalder, og sykepleiere, førskolelærere og renholdere den laveste. I noen yrkesgrupper preget av tidligpensjonering hadde det imidlertid vært en økning i forventet pensjonsalder i gruppa. Dette gjaldt særlig omsorgsarbeidere og renholdere, mens både sykepleiere og leger hadde en nedgang.

Lav forventet pensjonsalder blant ansatte i kommuner og fylkeskommuner var bakgrunnen for at Midtsundstad og Nielsen (2013) så på forhold som påvirker beslutning om tidligpensjonering i disse sektorene. Undersøkelsen var basert på en survey blant 1201 personer i ulike alderskohorter. Alle personene var yrkesaktive da de var 55 år, og ble intervjuet da de var 62-63 år, 65-66 år, og 68-69 år, uavhengig av om de var yrkesaktive eller pensjonert på det tidspunktet. Undersøkelsen viste at senioren som var i arbeid opplevde arbeidet som krevende, selv om de vurderte arbeidet og arbeidsoppgavene som givende. Nesten halvparten mente at de hadde for mye å gjøre, og 23 prosent oppga at de sjelden fikk tid til å utføre arbeidsoppgavene slik de burde vært gjort. De fleste oppga at de hadde et godt forhold til nærmeste leder. Likevel mente seks av ti at det i liten grad ble lagt til rette for en fleksibel overgang fra arbeid til pensjon, og nesten halvparten opplevde at seniorer ikke oppfattes som attraktiv arbeidskraft. Sannsynligheten for tidlig AFP økte med redusert helse, dårlig ledelse og med manglende samsvar mellom kompetanse og arbeidsoppgaver. Senioren selv trakk fram helseproblemer, ønske om mer fritid, psykisk belastende arbeid og ønske om å gå av med pensjon samtidig som partneren, som årsaker til at de ønsket tidlig uttak av full AFP. Helse var en viktig forklaring, særlig for lavt utdannede, men også for de med høyere utdanning.

Bogen og Midtsundstad (2007) gjennomførte en casestudie av kommuner som hadde kommet godt i gang med arbeidet med å utvikle en seniorpolitikk, og som hadde opplevd gode resultater. De seks kommunene var Sørumsdal, Nedre Eiker, Stord, Molde, Ringerike og Skedsmo. Hensikten med studien var å identifisere kjennetegn på en vellykket seniorpolitikk. De fant blant annet at forankring, god motivasjon og jevnlig vurdering av måloppnåelse er viktig, men oppsummerte også med at det var vanskelig å trekke sikre konklusjoner om hva som faktisk virket. Bogen og Hilsen (2013) rapporterte funn fra en oppfølgingsstudie av de samme seks kommunene, der hensikten var å vurdere om det seniorpolitiske engasjementet besto over tid. Et kanskje ikke så overraskende funn var at kommuneøkonomi ser ut til å være av stor betydning for å bevare trykket på seniorpolitikken. Et annet funn var at kommunene i større grad vurderte å bruke vanlige personalpolitiske virkemidler mer målrettet overfor senioren, framfor å innføre generelle tiltak for hele gruppa av seniorer. Andre hadde i større grad gjort endringer fordi man var usikker på om seniortiltakene faktisk virker, og at det er de som uansett hadde tenkt å fortsette som får glede av tiltakene; selve beslutningen påvirkes i liten grad. Seniorgodene var stort sett universelle, det vil si noe alle over en viss alder hadde rett på. Uavhengig av behov. Det lokale partssamarbeidet så ut til å fungere, og seniorpolitikken var godt forankret i de ansattes organisasjoner, også i de kommunene der det hadde vært endringer og innstramminger. For en del yrkesgrupper, særlig lærere, så det ut til å være vanskelig å få til en reduksjon i arbeidstid, fordi arbeidstiden fra før av er så sammenpresset. Forhold som godt arbeidsmiljø og god ledelse virket som de var viktigere enn spesielle goder.

Trygstad (2009) undersøkte endringer i organiseringen av kommunal sektor, og hvilke konsekvenser dette har hatt for arbeidstakerne, gjennom blant annet en spørreundersøkelse til Fagforbundets medlemmer. Hun viste at det de siste årene har vært store omorganiseringer i kommunal sektor.

NPM-inspirerte styringsprinsipper, klarere skille mellom politikk og administrasjon, og en flatere organisasjonsstruktur har blitt mer vanlig. Effektene på de ansatte har blant annet vært økt tidspress og krav til mestring, nye arbeidsoppgaver, økt bruk av teknologiske hjelpemidler og mer ansvar. Endringene har ikke nødvendigvis ført til økt opplæring. Omorganisering så også ut til å henge sammen med en redusert følelse av innflytelse, og det var særlig de som arbeidet i virksomheter med liten grad av tilrettelegging som opplevde liten grad av innflytelse. Endringene var imidlertid større i statlig sektor enn i kommunal sektor. Hun fant også at det er mest vanlig å tilrettelegge for gravide og småbarnsforeldre, fulgt av personer med nedsatt funksjonsevne og personer med svært syke eller pleietrengende barn, og det var en positiv sammenheng mellom grad av opplevd innflytelse og grad av tilrettelegging.

I en studie av deltid i norske kommuner gjennomførte Moland og Andersen (2007) en spørreundersøkelse blant rådmenn og bydelsdirektører i fem norske kommuner om blant annet syn på små stillinger og ønsket og uønsket deltidsarbeid. De fant at et flertall av kommunene hadde fattet vedtak om å redusere antall småstillinger, men færre var i gang med faktiske tiltak. 30 prosent svarte at de hadde laget retningslinjer for bruk av deltid og ønsket deltid, mens andelen var enda lavere på mer forpliktende tiltak som fastsetting av måltall eller budsjettering av midler. Et stort flertall av rådmennene mente at en høy andel av små stillinger svekket arbeidsmiljøet, og nesten halvparten mente at de mistet ansatte fordi de ikke fikk større stilling. Samtidig kan bruk av ønsket deltid være et grep for å beholde ansatte, eller et ledd i å beholde seniorer. Omtrent to av tre rådmenn oppga at deltid brukes som en del av livsfase-/seniorpolitikken i kommunen. Det varierte om denne bruken av deltid var med eller uten lønnskompensasjon, og i en del kommuner ble begge deler praktisert.

Det finnes altså noe forskning på kommunale tjenester som er relatert til IA-avtalen, men datagrunnlaget består ofte av få kommuner. Case-studier har begrenset verdi når man skal si noe generelt om erfaringene med ulike ordninger og systemer.

En IA-enhet i kommunal sammenheng er ikke en hel kommune, men de ulike organisatoriske enhetene i kommunene. I IA-registeret er dermed hver enhet registrert med en avtale, selv om IA-avtalen er underskrevet for hver kommune og ikke for hver enhet. Dette gjør at kommunene utgjør en stor andel av IA-virksomhetene, se mer om dette i kapittel 3.2.

Når vi har evaluert IA-avtalen (Ose et al., 2009; Ose et al., 2013b), har det stort sett vært enhetsledere som er spurt om erfaringer og vi har allerede et godt datagrunnlag gjennom både spørreundersøkelser og intervju på dette nivået. Systematisk kunnskap om erfaringene med IA-avtalen i kommunene, mangler særlig fra personal- og HR nivået i kommunene. Behovet for å samle erfaringer fra dette nivået, har økt. Dette har sammenheng med at dreiningen av IA-avtalen og reglene for oppfølging av sykmeldte gjør at personal og HR har blitt en stadig større del av IA-arbeidet, samtidig som de etterhvert har mye erfaring med hvordan ting fungerer. Vi finner heller ikke forskning som inkluderer hovedverneombud og hovedtillitsvalgte i kommunene på en systematisk måte, og vi har derfor valgt å gjøre en omfattende datainnsamling blant disse i tillegg til personalledere.

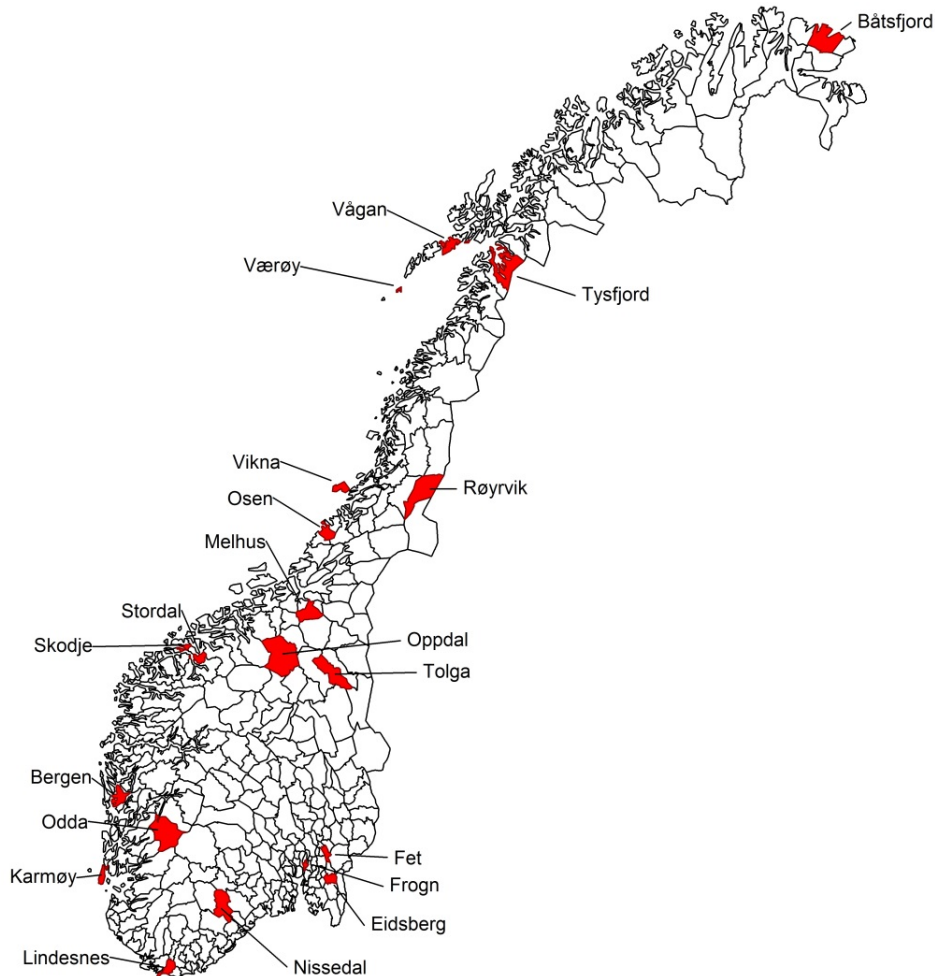


## 1.4 Metodisk tilnærming og datagrunnlag

Problemstillingene i dette prosjektet er kvalitative i natur. Intervjuer og spørreskjemadata utgjør derfor hoveddelen av datagrunnlaget. Vi har hatt intervjuer med et tilfeldig utvalg på 20 kommuner, og vi har gjennomført en nasjonal kartlegging blant personalledere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud, der alle kommunene fikk anledning til å delta.

### 1.4.1 Intervjuer med 20 kommuner

Det ble trukket tilfeldig 20 kommuner blant alle landets kommuner. De utvalgte kommunene er vist i kartet under.



Intervjuene ble gjennomført i perioden november 2012 til februar 2013. Noen kommuner er intervjuet på telefon, mens andre er gjort i fysisk møte. I tillegg har vi gjort intervjuer i mange andre kommuner i andre tilgrensede prosjekt som vi bruker sitat i fra (jf flerprosjektgodkjenning fra NSD). Det er derfor ikke bare kommunene i kartet overfor som bidrar med sitat i rapporten, og det er derfor ikke mulig å finne ut hvilken kommune sitatet kommer i fra.

Tabell 1.1 Antall intervjuer med ulike aktører

	Antall personer
Rådmenn	6
Kommunalsjefer	2
Virksomhetsledere	7
HR/personalsjefer	16
HMS/IA kontakt	6
Hovedverneombud	11
Tillitsvalgte	18
Bedriftshelsetjeneste (BHT)	17
Andre (NAV lokal, ALS kontakt)	4
Totalt	87

Alle intervjuene som er gjennomført er tatt opp på digitale opptakere, transkribert og fullkodet etter en metode som gruppe arbeid og helse har utviklet. Dette gjør at alle resultatene i form av analyser og sitatbruk er etterprøvbart i tråd med gjeldende forskningsetikk.

Intervjuene er gjennomført etter semistrukturerte intervjuguider. Samme person har gjort samtlige intervjuer.

#### 1.4.2 Kartlegging i alle kommuner

I juli/august/september 2013 gjennomførte vi en datainnsamling basert på elektroniske spørreskjema (QuestBack) i alle landets kommuner.

Respondentene er:

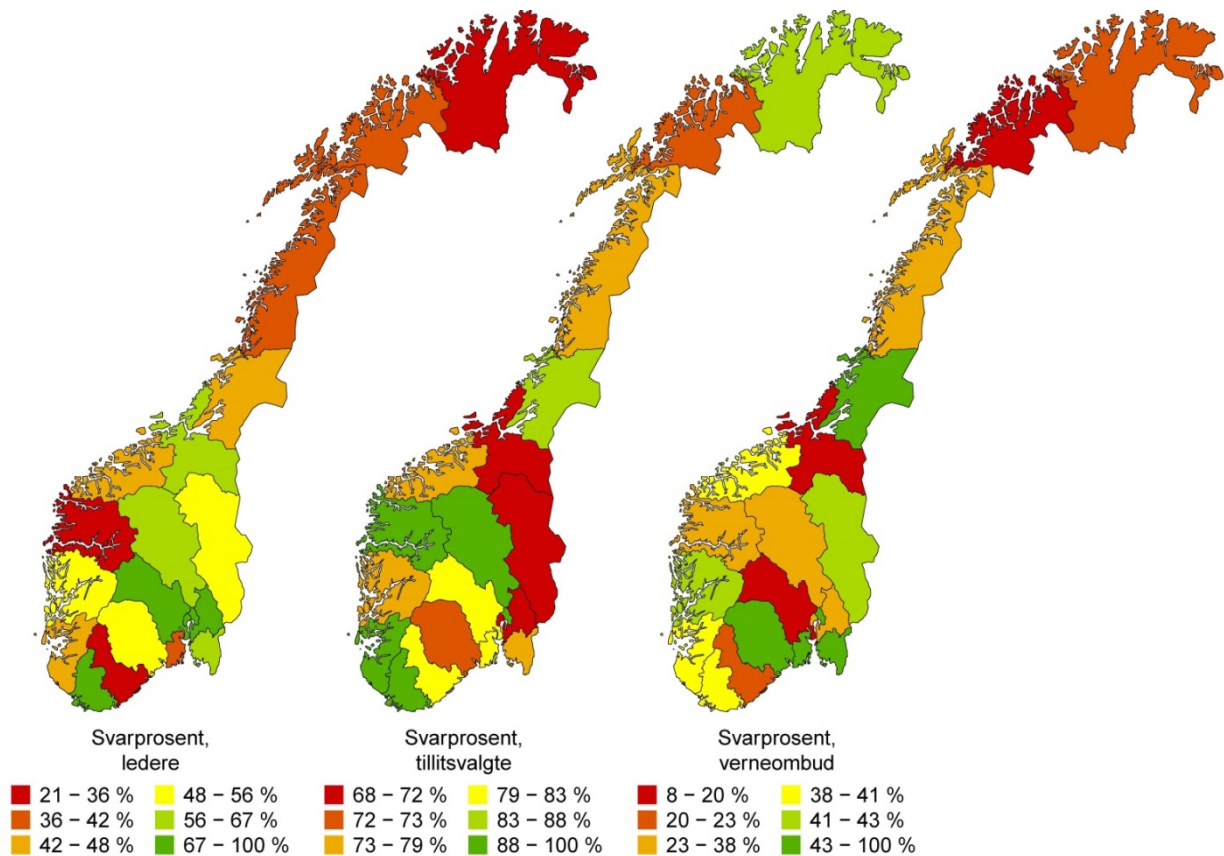
- Personalledere
- Hovedverneombud
- Hovedtillitsvalgte (Fagforbundet, Norsk sykepleier forbund, Utdanningsforbundet, Delta og Fellesorganisasjonen)

I det følgende går vi gjennom svarene og ser på representativiteten. Først viser vi fordelingen blant hovedtillitsvalgte:

	Andel
Fagforbundet	29
Utdanningsforbundet	23
Norsk sykepleierforbund	20
Delta	19
FO	8
Annet, hva: Akademikerne	1
Total	100

Dersom dette reflekterer omtrent fordelingen av medlemsmassen i kommunene, er Fagforbundet størst, og Utdanningsforbundet den nest største fagforening i kommunene. Vi har ikke funnet en oversikt på hvordan dette ser ut på nasjonalt nivå, så det er vanskelig å beregne svarprosent.

Det er 203 personalledere som har svart (47 %), 604 tillitsvalgte fordelt på 334 kommuner (78 % av kommunene er representert) og 142 verneombud (33 %). I kartene under vises svarprosenten for de ulike fylkene.



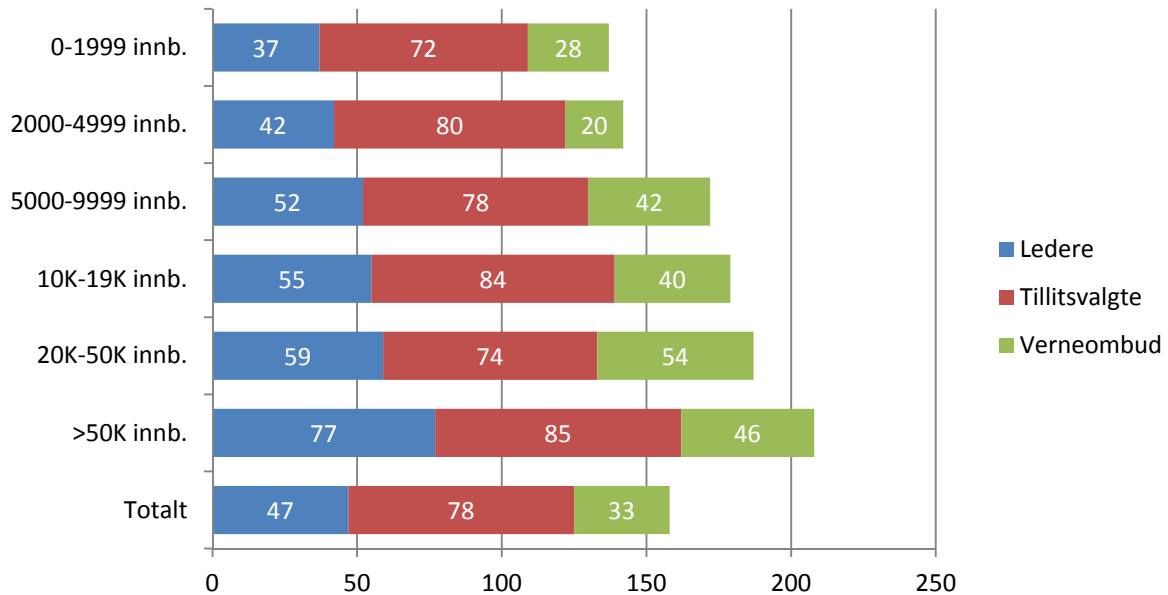
Figur 1.1 Svarprosent ledere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud.

Tabellen under viser hvor mange kommuner som har svart gruppert etter kommunistørrelse. Andel av alle kommuner er vist i neste figur.

Tabell 1.2 Antall kommuner representert, per strata

	Ledere	Tillitsvalgte	Verneombud	Totalt antall
0-1999 innb.	35	68	27	95
2000-4999 innb.	56	107	27	134
5000-9999 innb.	47	70	38	90
10K-19K innb.	32	49	23	58
20K-50K innb.	23	29	21	39
>50K innb.	10	11	6	13
Totalt	203	334	142	429

Figuren under viser andel av kommunene representert i ulike strata. Det er store kommuner som er best representert blant alle respondentene og for kommuner med flere enn 50 000 innbyggere har hele 77 prosent av personallederne i kommunene svart. 85 prosent av disse kommunene er representert i datagrunnlaget fra de hovedtillitsvalgte, mens 46 prosent av disse kommunene er representert med verneombud.



Figur 1.2 Andel kommuner representert, per strata

Vi har også undersøkt nivået på sykefraværet i kommuner som har svart og i kommuner som ikke har svart. Fra tabellen under ser vi at på nasjonalt nivå (siste rad), ligger kommunene der ledere har svart (7,3), marginalt høyere enn landsgjennomsnittet (7,1), mens sykefraværet i kommuner dere verneombud har svart, samlet ligger på landsgjennomsnittet. I de aller minste kommunene som har svar fra ledere, har de som har svart noe lavere sykefravær enn små kommuner samlet sett. Det er omvendt for ansattrepresentantene. Generelt er det ikke tydelige skjevheter i utvalget i forhold til sykefraværnsnivået.

Tabell 1.3 Sykefravær per strata: representerte kommuner og totalt for 2. kvartal 2010

	Ledere	Tillitsvalgte	Verneombud	Totalt landet
0-1999 innb.	6.3	6.7	6.9	6.5
2000-4999 innb.	6.7	6.6	6.3	6.6
5000-9999 innb.	7.6	7.4	7.5	7.3
10K-19K innb.	7.1	7.0	7.1	7.0
20K-50K innb.	7.2	7.3	7.3	7.3
>50K innb.	7.5	7.3	6.8	7.2
Totalt	7.3	7.2	7.1	7.1

Sykefravær per fylke: representerte kommuner og totalt for 2. kvartal 2010

	Ledere	Tillitsvalgte	Verneombud	Total
Akershus	7.2	7.2	7.1	7.3
Aust-Agder	7.1	7.1	7.4	7.1
Buskerud	6.9	7.1	4.8	7.3
Finnmark	8.7	8.9	8.9	8.9
Hedmark	7.2	7.2	7.2	7.2
Hordaland	7.5	7.4	7.1	7.3
Møre og Romsdal	7.4	7.2	7.1	7.1
Nord-Trøndelag	8.3	8.0	8.2	8.0
Nordland	8.1	7.8	7.9	7.7
Oppland	7.6	7.4	6.8	7.3
Oslo	6.6	6.6	6.6	6.6
Rogaland	5.9	5.7	5.8	5.7
Sogn og Fjordane	6.4	6.0	5.6	6.0
Sør-Trøndelag	8.0	7.7	7.7	7.8
Telemark	7.2	6.9	6.5	6.9
Troms	8.8	8.8	9.7	8.7
Vest-Agder	6.5	6.5	6.8	6.5
Vestfold	6.5	6.8	7.5	6.8
Østfold	9.1	8.5	8.5	8.4
Totalt	7.3	7.2	7.1	7.1

Vi har også undersøkt om det kan være skjevheter i hvilke kommuner som har svart ut i fra hvor mange ansatte kommunen har. Vi har her sett på antall kommunalt ansatte relativt til antall innbyggere i hver kommune. Siste rad i neste tabell viser at utvalget samlet sett består av kommuner som i gjennomsnitt (vektet) har 17,5 prosent kommunalt ansatte av alle i alderen 18-67 år. På landsbasis er tallet 17,7 så utvalget er representativt etter dette kriteriet. Når vi ser på nivået etter størrelse, ser vi at kommunalt ansatte utgjør en større og større andel av befolkningen jo mindre kommunen er. Dette skyldes smådriftsulemper og det er vel kjent at jo mindre kommunen er, jo flere årsverk per innbygger brukes i kommunale tjenester.

Tabell 1.4 Andel kommunalt ansatte, per strata

	Ledere	Tillitsvalgte	Verneombud	Total
0-1999 innb.	30.2	30.7	31.4	30.7
2000-4999 innb.	24.4	25.4	25	25.2
5000-9999 innb.	21.6	21.6	21.4	21.6
10K-19K innb.	19.1	18.9	19.2	19
20K-50K innb.	17	17	17.6	17.1
>50K innb.	14.4	14.6	15.4	13.6
Totalt	17.5	18.3	18.4	17.7

Generelt ser datagrunnlaget vårt ut til å være noe overrepresentert for store kommuner og tilsvarende underrepresentert for små kommuner. Det er likevel 37 prosent av landets kommuner under 2000 innbyggere som er representert med svar fra personallederen.

I Oslo, som eneste kommune, sendte vi invitasjon til undersøkelsen til bydelene. 7 personalledere, fem hovedtillitsvalgte og 4 verneombud har svart. Det er 9 personalledere fra fylkeskommunene som har svart, 7 hovedtillitsvalgte og 6 hovedverneombud.

## **1.5 Rapportens struktur**

I neste kapittel ser vi på det kommunale rammeverket som på ulike måter kan legge føringer på det kommunale IA-arbeidet. I kapittel 3 ser vi på hvordan det kommunale IA-arbeidet gjøres i praksis og hvilke utfordringer kommunene møter når det er forhold utenfor jobben som fører til sykefravær, hva de mener er unødvendig sykefravær, og samarbeid med legene og NAV. I kapittel 4 ser vi på koblingen mellom HMS og IA-arbeid, mens vi i kapittel 5 tar for oss kultur, holdninger og ledelse i kommunene. Kapittel 6 er viet finansiering av sykelønnsordningen og insentiver som finnes i ordningen. Rapporten avsluttes med en gjennomgang av kommunenes erfaring med virkemidlene og potensielle nye virkemidler som representanter for kommunene har foreslått.

## 2 Det kommunale rammeverket for IA-arbeidet

### 2.1 IA-avtalen og arbeidsgiveransvar

Det overordnede målet i IA-avtalen er:

*Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.*

I følge arbeidsmiljøloven skal arbeidsgiver sørge for å sikre et arbeidsmiljø som grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. De skal legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon, og de skal sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet. Arbeidsgiver har også i følge arbeidsmiljøloven § 1-1 plikt til å bidra til et inkluderende arbeidsliv.

Det overordnede målet i IA-avtalen er der dermed det samme som arbeidsgivers plikter i følge arbeidsmiljøloven. Delmålene på nasjonalt nivå i IA-avtalen er:

- Reduksjon i sykefraværet med 20 prosent i forhold til nivået i andre kvartal 2001. Dette innebærer at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent.
- Økt sysselsetting av personer med redusert funksjonsevne. De konkrete målene fra tidligere tilleggsavtaler videreføres.
- Yrkesaktivitet etter fylte 50 år forlenges med seks måneder. Med dette menes en økning sammenlignet med 2009 i gjennomsnittlig periode med yrkesaktivitet (for personer over 50 år).

Delmålene er dermed en operasjonalisering av formålsparagrafen i arbeidsmiljøloven. I IA-avtalen fremheves det at for å oppnå målene vektlegges i større grad enn i de tidligere avtalene, det systematiske forebyggende HMS arbeidet i virksomhetene. Innholdet i IA-avtalen dekkes dermed i stor grad av arbeidsmiljøloven og HMS-forskriftene, og kan ses på som en forsterkning av disse.

Alle virksomheter, privat eller offentlig, må ha noen som har det øverste arbeidsgiveransvaret. I kommunene er det overordnede ansvaret tillagt kommunestyret og dermed er arbeidsgiveransvaret et politikkområde på linje med øvrige politikkområder i kommunene.

KS har definert begrepet arbeidsgiverpolitikk som de handlinger, holdninger og verdier som arbeidsgiver står for og praktiserer i sitt forhold til medarbeiderne. Dette kommer til uttrykk både gjennom utforming av overordnede arbeidsgiverpolitiske prinsipper og ledelsens praktisering av disse prinsippene.

Arbeidsmiljøloven § 1-8 (2) sier at med arbeidsgiver menes "enhver som har ansatt arbeidstaker for å utføre arbeid i sin tjeneste". Videre går det fram at det som gjelder for arbeidsgiver i tilsvarende grad gjelder for den som i arbeidsgivers sted leder virksomheten. I kommuneloven § 6 går det fram at

kommunestyret er det øverste kommunale organet. I § 23 i kommuneloven heter det at "administrasjonssjefen er den øverste leder for den samlede kommunale eller fylkeskommunale administrasjon". Administrasjonssjefen, det vil si rådmannen, eller i større byer bydelsdirektør, er den som leder kommunen i arbeidsgivers sted, men det er altså likevel kommunestyret som har det øverste arbeidsgiveransvaret i kommunen.

Når kommunepolitikerne fatter en beslutning som gjelder den kommunale virksomheten, er det de ansatte i kommunen som skal utføre arbeidet. Arbeidsgiverpolitikken kan derfor ha stor betydning på tjenestetilbud og kvalitet. Som Arbeidstilsynet sa etter at de hadde fullført det omfattende tilsynsarbeidet i hjemmetjenester i perioden 2002-2007: "Arbeidsgiveransvaret, det vil si ansvaret for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for kommunens ansatte, er ikke et ansvar som kan prioriteres bort."

Kommunene forholder seg til en rekke ulike systemer som setter rammer for deres virksomhet, både gjennom lover, politiske føringer og trender som man beslutter å følge. Dette kan påvirke rammene for å drive IA-arbeid. Vi ser i dette kapitlet på noen av disse sentrale rammene, men først litt om sektorens betydning i en nasjonal ramme og de fremtidige utfordringene i sektoren.

## **2.2 Kommunalt rammeverk**

Kommunene fungerer innen rammen for et demokratisk selvstyre, med sterke føringer fra nasjonale politiske satsninger. Kommunene forholder seg til store reformer og føringer og har en sentral rolle både i Samhandlingsreformen og i folkehelsearbeidet.

### **2.2.1 Demokratisk selvstyre**

Det er kommuneloven som angir grunnleggende rammebetingelser for kommunenes selvstyre, virkeområde og planlegging. Lovens formål (§ 1 er som følger):

*Formålet med denne lov er å legge forholdene til rette for et funksjonsdyktig kommunalt og fylkeskommunalt folkestyre, og for en rasjonell og effektiv forvaltning av de kommunale og fylkeskommunale fellesinteresser innenfor rammen av det nasjonale fellesskap og med sikte på en bærekraftig utvikling. Loven skal også legge til rette for en tillitsskapende forvaltning som bygger på en høy etisk standard.*

Kommunestyret og fylkestinget er jf. § 6, de øverste kommunale og fylkeskommunale organer. De treffer vedtak på vegne av kommunen eller fylkeskommunen så langt ikke annet følger av lov eller delegasjonsvedtak.

Kommunestyrer som er representative og som gjenspeiler innbyggerne, vil sannsynligvis ivareta innbyggernes behov bedre enn kommunestyrer som er mindre representative jf. Kommuneproposisjonen 2014. Et levende lokaldemokrati krever at samspillet mellom kommunen og innbyggerne fungerer godt. Vi har et sterkt lokaldemokrati i Norge, men det viser seg at fortsatt er spesielt kvinner og unge innbyggere underrepresentert i kommunestyrene. Videre viser kartlegginger at innbyggerne ikke er tilfredse med sine muligheter til å påvirke kommunene, og at kommunen kan også bli bedre til å involvere sine innbyggere med i beslutningsprosesser for å bedre det demokratiske selvstyret (*ibid*).



## 2.2.2 Overordnet ansvar og styring

Det er kommunal- og regionaldepartementet (KRD) som har et overordnet ansvar for kommunene når det gjelder boligpolitikk, regional- og distriktspolitikk, lokalforvaltning og gjennomføring av politisk valg. Flere departementer, direktorater og andre statlig etater er involvert i reformer som fremkommer av nye lover, forskrifter, endrede ordninger eller tilskudd og andre økonomiske endringer eller andre tiltak som kan berøre kommuner og fylkeskommuner på ulike måter. Innbyggernes behov og endringer lokalt knyttet til demografi, flyttemønster, næringsvirksomhet osv. er bakgrunnen for at kommunene må sikre innovasjon og kontinuerlig utvikling. I tillegg kommer reformer, lovendringer, og tiltak fra regjering og departementer som fremtvinger endring.

Kommunal- og regionaldepartementet har utarbeidet en veileder om statlig styring av kommuner og fylkeskommuner (H-2277 B) for å sikre at dette arbeidet blir koordinert. Veilederen inneholder derfor også retningslinjer for utforming av lover og forskrifter rettet mot kommunene, og skal bidra til å gi kommunesektoren gode rammevilkår som kan styrke kommunene både som tjenesteytere, myndighetsutøvere, samfunnsutviklere og som demokratiske arenaer.

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) er en interesseorganisasjon for medlemmene av det lokale og regionale valgte demokratiske nivået i landet. At KS er en interesseorganisasjon for disse demokratiske valgte politikerne, er noe som gjør at KS skiller seg fra andre interesseorganisasjoner. Bærebjelken for KS arbeid er derfor å styrke lokaldemokratiet, samt å ivareta de økonomiske interessene for at kommunene skal ha gode rammer for å kunne håndtere velferdsutfordringene (KS, langtidsstrategier 2012 – 2016). Det er Landstinget med demokratisk valgte representanter fra regionene i landet, som er KS øverste myndighet. De vedtar de politiske uttalelser på vegne av alle kommunene.

Det er KS Landsstyret som bygger opp rundt de to hovedområdene i KS' interesse- og arbeidsmarkedspolitikk, og skal i henhold til KS sine vedtekter fastsette mål for KS organisasjonen mellom Landstingene.

Kommunal- og regionaldepartementet ved kommunal- og regionalministeren har ansvaret for "Konsultasjonsordningen" som er den formelle overordnede hovedarena for dialog mellom KS og politisk overordnet nivå. Politisk ledelse i Finansdepartementet deltar også på alle møtene, samt politisk ledelse i de departement som har saker på dagsorden som gjelder kommunal sektor. Kommunal- og regionaldepartementet har ansvar for å støtte kommunenes arbeid i deres utviklingsarbeid ved å sørge for gode rammebetingelser på særskilte områder. Det er kommunesektoren selv som har hovedansvaret for fornyingsarbeidet.

Sentrale mål for Konsultasjonsordningen, er å sikre en felles forståelse mellom staten og kommunesektoren om de oppgaver som kan realiseres innenfor en gitt inntektsramme. Arenaen skal legge til rette for en samordnet diskusjon med kommunesektoren om utfordringer og virkemiddelbruk, det kan være om makroøkonomiske forhold og enkeltsaker som gjelder i kommunene. Konsultasjonsordningen skal også bidra til et best mulig politisk beslutningsgrunnlag både ved utarbeidelse av statsbudsjett, bidra til mindre statlig styring, økt lokalt handlingsrom for kommunene, stabile og forutsigbare rammebetingelser og effektiv ressursbruk (Prop. 115 S (2010–2011)). Kommunene har også et ansvar for å sikre likeverdige tilbud til sine innbyggere uavhengig av

bosted (Meld. St. 13. 2012 – 2013). Likeverdig tilbud til alle inn byggerne er de sentrale føringer og forventninger som kommunene står overfor.

Staten har naturlig nok sterke interesser i hvordan kommunene utfører oppgavene som de er tillagt, og staten påvirker derfor kommunene gjennom ulike virkemidler for å sikre at kommunene bidrar til å realisere samfunnsmessige målsettinger. De har derimot i liten grad involvert seg i arbeidsgiverpolitikken i kommunene. KRD har få eller ingen føringer på det arbeidspolitiske området. Mens statlig tariffområde har egen Arbeidsgiverpolitisk avdeling (under Fornyings-, administrasjons- og kirkedepartementet) som har ansvaret for å forvalte og utvikle lover, avtaler, administrative bestemmelser, rammevilkår mv. for statens personal- og arbeidsgiverpolitikk, finnes det ikke noen tilsvarende offentlig tjeneste for kommunene. Det er dermed KS, som arbeidsgiverorganisasjon som har rollen med å være den kommunale parallellen til Arbeidsgiverpolitisk avdeling for statlig virksomheter (utenom blant annet helseforetakene). Dette betyr da at KS er tillagt ansvaret med å være pådriver, rådgiver og støttespiller i omstilling og organisasjonsutvikling i kommunal sektor, både i forhold til personalspørsmål og lederutvikling. En hovedutfordring er dermed å få kunnskap nok til å forvalte en helhetlig arbeidsgiverpolitikk.

Vårt prosjekt dreier seg ikke om det kommunale arbeidsgiveransvaret, men vi observerer at det er mange lokalpolitikere som ikke har nok kompetanse om arbeidsgiveransvaret de har. Det finnes for eksempel ordførere som har vært redde for å forfordele goder til ansatte i kommunen uten å gjøre de tilgjengelig for alle innbyggerne i kommunen. Da kan dette skyldes manglende innsikt i det arbeidsgiveransvaret politisk ledelse har, som ikke alltid er forstått eller praktisert. De har rett og plikt til å tenke arbeidsgiveransvar på lik linje med annet kommunalt ansvar. Det kan synes som om mange politiske vedtak fattes uten fokus på arbeidsgiveransvaret, og dermed skapes det problemer når vedtakene skal iverksettes ute i organisasjonen. Eksempel kan være politiske vedtak om utvidet tjenesteinnhold uten å ha vurdert konsekvensene for de ansatte. Dette har ikke vært en del av vårt prosjekt, men vi mener det er viktig at KS forfølger denne problemstilling videre.

### **2.2.3 Samhandlingsreformen**

Samhandlingsreformen peker på at det er behov for et tverrsektorielt folkehelsearbeid, økt helsefremmende innsats og tidlig intervensjon, og at det er behov for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (St.meld. nr. 47, 2008-2009). De økonomiske virkemidlene i Samhandlingsreformen trådte i kraft fra 1. januar 2012. Samhandlingsreformen *Rett behandling på rett sted til rett tid* poengterte også en ny framtidig kommunerolle.

En ny felles lov for helse- og omsorgstjenesten, innført fra 1. januar 2012 var også med på å synliggjøre og samle kommunenes plikter i kommunens helsetjenestetilbud. Tidlig innsats framfor sen innsats, og stimulering til samarbeid mellom ulike ledd i helsetjenesten var en hovedhensikt med reformen. Pasienter og brukere skal få et tilbud som er lettere å forholde seg til, og som henger bedre sammen også på tvers av forvaltningsnivåer. Kommunenes arbeid med Samhandlingsreformen er også føringer som indirekte kan påvirke kommunenes IA arbeid gjennom å dreie fokus mer over på forebygging. Dette betinger kanskje at arbeidsgiverpolitikken blir mer integrert i de politiske beslutningene.

Effektutvalget, eller utvalg for utredning av virkning av ulike typer statlig innsats for regional utvikling og distriktpolitiske mål, sa i 2004:

*Det kan virke som om kommunenes rolle i økende grad blir å administrere statlig pålagte tjenester, og at handlingsrommet for egne, kommunale prioriteringer gradvis forsvinner.*

*(NOU 2004: 2, Effekter og effektivitet).*

Hvorvidt dette har forsterket seg siden 2004 eller ikke er vanskelig å si, men gjennom Samhandlingsreformen og folkehelseloven er det tilført nye statlige føringer for kommunenes arbeid. Mange av våre respondenter er opptatt av at de har begrenset økonomisk handlingsrom i forhold til inkludering:

*Jeg tror nok at hvis vi hadde hatt større økonomisk handlingsrom kunne flere vært inkludert (Rådmann, mellomstor kommune).*

#### **2.2.4 Samfunnsansvar for folkehelse**

Å fremme folkehelse og bidra til god helse for hele befolkningen er et samfunnsansvar som alle kommuner og fylkeskommuner har. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven 24. juni 2011 nr. 29) ble behandlet i Stortinget som en del av Samhandlingsreformen, og trådte i kraft samtidig (1. januar 2012). Folkehelseloven påvirker kommunene til å tenke helsefremming, og skal sikre at kommunene setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.

Formålet med loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, og herunder utjevner sosiale helseforskjeller i befolkningen. Folkehelsearbeidet i kommunene skal bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, og beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen. I dette arbeidet er kommunen pålagt å bruke alle de virkemidlene som kommunen er tillagt gjennom sine tjenester. Dette gjelder ved all lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting, og kommunen skal også medvirke til at helsemessige hensyn blir ivarettatt av andre samarbeidende myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal skje blant annet gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging, og kommunen skal også legge til rette for samarbeid med frivillig sektor om helsefremmende arbeid.

Kommunene har gjennom den nye Folkehelseloven fått ansvar for å fremme folkehelse i alle sine sektorer, både i helse og omsorg, skole-, barnehage-, bolig-, kultur-, nærings- og vegsektoren. Loven beskriver at "Helse i alt vi gjør" er et begrep som skal forstås vidt, og kommunene må derfor indentifisere påvirkningsfaktorer som fremmer helse på svært mange nivåer.

"Helse i alt vi gjør" pålegger kommunene å ta med folkehelse som en del av alt sitt planarbeid. Loven pålegger kommunene å fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet. Etter Folkehelselovens § 7 har kommunene en plikt til å iverksette nødvendige tiltak, og tiltak skal følges av langsiktig planlegging og forankres i planarbeidet, eller iverksettes direkte ut fra identifiserte behov for å møte lokale folkehelseutfordringer.

Psykisk helse skal også være en integrert del av det helsefremmende arbeidet som kommunene har ansvar for i arbeidet med å forbedre folkehelsen (Folkehelseloven 2012). I det helsefremmende arbeidet har kommunene ansvar for å gi informasjon til befolkningen, råd og veiledning om hva den enkelte selv også kan gjøre for å fremme sin egen helse og forebygge sykdom. Det kan for eksempel være i betydning av arbeid og helse, fysisk aktivitet, ernæring, hvordan forebygge skader og ulykker, og hvordan tobakksbruk, alkohol- og annen rusmiddelbruk påvirker folkehelsen negativt.

Det er betydelige sosiale ulikhet i helse, selv om norsk folkehelse generelt sett er god (Meld. St. 16 (2010–2011)). Helseforskjellene følger bestemte sosioøkonomiske mønstre. Den viktigste sammenhengen man ser, er at jo høyere sosioøkonomisk status (utdanning, yrke, inntekt), desto bedre helse. Disse systematiske helseforskjellene har flere årsaker. Delvis er de grunnleggende samfunnsfaktorer som økonomi, miljø, kultur- og oppvekstvilkår som ligger bak, men det er også ulike risikofaktorer knyttet til hvilket arbeids- og bomiljø man har. Hvordan man selv tar vare på egen helse og gjør bruk av helsetjenester er også årsaksforhold (Meld. St. 16 (2010–2011)).

Det er Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt sitt ansvar for å gjøre tilgjengelig opplysninger om folkehelsestatus og påvirkningsfaktorer i kommuner og fylker. Slike oversikter skal være utgangspunkt for kommunenes arbeid med å innrette folkehelsearbeidet mest mulig hensiktsmessig og å fjerne sosiale ulikheter i helse.

Folkehelseinstituttet publiserte 10. januar 2012 folkehelseprofiler for alle landets kommuner ([www.fhi.no](http://www.fhi.no)). Folkehelseprofilene gir en oversikt over folkehelsestatus i kommunen. Temaområdene er valgt med tanke på mulighetene for helsefremmende og forebyggende arbeid. Disse spenner fra personlige egenskaper som alder og kjønn, til samfunnsforhold som kultur, arbeidsmiljø, bo- og nærmiljø, utdanning og sosiale nettverk. Indikatorene tar også høyde for kommunens alders- og kjønns sammensetning og må tolkes i lys av kunnskap om lokale forhold. Gjennom kommunenes folkehelseprofil får kommunene råd om hvilke områder av folkehelse som det bør fokuseres på i den enkelte kommune. De bakenforliggende faktorene kan selvfølgelig fremme helsen, men også øke risikoen for sykdom. At mangel på sosial støtte er en faktor som øker risikoen for både psykiske og fysiske helseproblemer, er eksempel som trekkes frem i folkehelseprofilen.

Gjennom nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) har regjeringen gitt signaler om at samfunnet skal legge til rette for sunne valg. Det skal skje ved å gjøre helsefremmende valg enklere, og ved å gjøre usunne valg mindre attraktive. Kommunen er den viktigste arenaen for folkehelsearbeid og sektoren har mange virkemidler som er avgjørende for å oppnå god og rettferdig fordeling av helse, livsbetingelser og levekår i befolkningen (ibid).

Det lokale folkehelsearbeidet er i følge nasjonal helse- og omsorgsplan, i for liten grad en del av plan- og styringssystemene i kommunen. Det er nødvendig med god oversikt over helseutfordringer og påvirkningsfaktorer for å løfte folkehelse inn i plan- og beslutningsprosessene.

Frisklivssentralene har et strukturert henvisnings- og oppfølgingssystem for personer med behov for å endre helseatferd, primært fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt. Personer kan bli henvist av helsepersonell eller kontakte Frisklivssentralen på eget initiativ, og man trenger ikke å være syk eller ha en diagnose. Utviklingsområder for frisklivssentralene er mestring av psykiske problemer, samt oppfølging av risikobruk av alkohol. Frisklivssentralene er forankret i kommunehelsetjenesten og har tett samarbeid med andre aktører i kommunen; frivillige organisasjoner, private aktører samt tjenester i andre sektorer og andre nivå. Frisklivssentralen kan fungere som en ressurs og et kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunen. Helsedirektoratet anbefaler etablering av frisklivssentraler i alle landets kommuner, alternativt gjennom interkommunale samarbeid. Det er nå etablert frisklivssentraler i 145 kommuner rundt om i landet, og flere er i etableringsfasen (Helsedirektoratets nettsider).

Kommunen er ofte den største arbeidsplassen i kommunen. Som vist i kapittel 1.4.2 kan ansatte i små kommuner utgjøre 20-30 prosent av alle ansatte. Dette betyr at kommunestyret, gjennom sitt arbeidsgiveransvar og sitt folkehelseansvar for alle innbyggerne, har et stort ansvar for de ansattes helse. Denne koblingen er i liten grad diskutert, og det er usikkert i hvor stor grad egne kommunale tjenester (for eksempel Frisklivssentralene og psykiske helsetjenester) gjøres tilgjengelig for egne ansatte som står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Det er sannsynligvis stor variasjon i praksis mellom kommuner.

### **2.2.5 Interkommunalt samarbeid og samordning.**

I Norge har det foregått en diskusjon om kommunestruktur og størrelse i mange år, men endringer og kommunesammenslåinger har bare skjedd der de berørte kommunene har vært enige om det. Denne debatten pågår i flere kommuner, for det er en rekke nye forutsetninger som holder denne diskusjonen levende og som også er rammer som påvirker kommunenes IA arbeid både på en direkte og indirekte måte.

Mange kommuner har et utstrakt interkommunalt samarbeid om ulike kommunale tjenester for å løse oppgavene de er pålagt.

Samhandlingsreformen legger opp til at kommunene selv må finne frem til egnede samarbeidsformer for å sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på best mulig måte. Det forutsettes at kommunene inngår interkommunalt samarbeid der dette er nødvendig, og velger interkommunale samarbeidsformer som passer dem selv - eksempelvis interkommunalt selskap, aksjeselskap, vertskommunemodell eller etter en samkommunemodell. Utgangspunktet ved vurdering av de enkelte interkommunale samarbeidsformer vil det i praksis måtte gjøres lokale tilpasninger ut fra hensyn til geografi, befolkningssammensetning, infrastruktur, avstand til lokalsykehus osv. Mange kommuner har et etablert interkommunalt samarbeid gjennom felles tjenester som går over kommunegrensene før Samhandlingsreformen trådte i kraft.

### **2.2.6 Kommunal organisering**

Kommunene har i første rekke betydelige oppgaver innen pleie og omsorg, skole, barnehage og kommunal teknisk drift. Politikk og politiske ambisjoner er sentrale drivkrefter for utvikling innenfor de ulike sektorene i kommunene, og administrasjonens rammer og arbeidsbetingelser er viktige i arbeidet med å realisere de politiske ambisjonene.

Kommunens interne organisering i sektorer er ofte avgrenset i forhold til det lovverk som regulerer sektoren, men størrelse på kommunene har også betydning. Intern organisering kan være et resultat av en trend eller oppskrift på hva som betegnes som riktig organisering. Har kommunen valgt en etatsstruktur, er det på dette nivået samarbeid mellom administrasjon og politikk er lagt.

Hvordan kommunen er organisert, kan påvirke hvordan arbeidet med IA-avtalen og andre systemer og rutiner fungerer.

## 2.3 Oppsummering

Kommunene har mange systemer og føringer de skal forholde seg til. For å plassere IA-avtalen og IA-arbeidet, kan vi lage følgende gruppering av roller:

- Personalorganisasjon (Rådmann, personalleder, personalavdeling, IA-utvalg, IA-koordinator, IA-konsulent, forebygging)
- Verneorganisasjonen (Arbeidsmiljøutvalg, hovedverneombud, verneombud, HMS-koordinator, HMS-konsulent, forebygging)
- Folkehelseloven og satsning på forebygging gjennom Samhandlingsreformen (Frisklivssentraler, folkehelsekoordinator, folkehelserådgiver, folkehelsekonsulent, helsefremmede arbeidsplasser, forebygging)

IA-arbeidet er en del av arbeidsgiverpolitikken til kommunene og de har gjennom avtalen blant annet forpliktet seg til å arbeide forebyggende for å hindre at folk skal faller ut av arbeidslivet. IA-arbeidet skal være en integrert del av HMS-arbeidet. Helsefremmende arbeid er en del av IA-arbeidet, og gjennom satsningen på forebygging i kommunene gjennom Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, har dette også blitt en del av kommunens ansvar overfor alle innbyggerne.

Det er altså en rekke roller eller stillinger i kommunene som må samordnes for å få til et helhetlig arbeid. Manglende samordning kan føre til at kommunene enten prioriterer det ene eller det andre. Denne samordningsproblematikken er en utfordring andre IA-virksomheter i stor grad slipper å forholde seg til.

## 3 Det kommunale IA-arbeidet

### 3.1 Innledning

I dette kapitlet ser vi på hvilke muligheter som ligger i det kommunale IA-arbeidet. Vi ser særlig på følgende forhold:

- Oppslutning om IA-avtalen
- Unødvendig sykefravær i kommunale tjenester
- Prosjekter rundt sykefravær og arbeidsmiljø
- Forhold utenfor jobben som fører til sykefravær, muligheter og begrensninger
- Legens rolle
- Samarbeid med NAV

### 3.2 Oppslutning om IA-avtalen

Fra IA-registeret vet vi at det totalt 49 762 IA-virksomheter (se tabell under). Dette betyr at 74 prosent av virksomhetene i Norge ikke har IA-avtale, men dette er typisk små virksomheter. Totalt dekker virksomheter med IA-avtale 60 prosent av landets ansatte.

Som nevnt i kapittel 1 er det de enkelte kommunale enhetene som er registrert i IA-registeret og ikke hele kommunen som en IA-bedrift. Dette gjør at kommunene utgjør 45 prosent av alle IA-virksomheter og dekker 38 prosent av alle som er ansatt i en IA-virksomhet. Som vi ser i tabellen under, er det kun en prosent av ikke IA-bedriftene som tilhører kommunal forvaltning. I 2012 var det fire prosent av de kommunale enhetene som ikke var registrert med en IA-avtale. Målt i antall ansatte, betyr dette at 1,4 prosent av ansatte i kommunal forvaltning ikke arbeidet i en IA-virksomhet i 2012.

Tabell 3.1 Antall virksomheter/bedrifter totalt og etter om de har IA-avtale eller ikke.

	I alt		IA		Ikke IA	
	Antall bedrifter	Antall ansatte	Antall bedrifter	Antall ansatte	Antall bedrifter	Antall ansatte
I alt	195 039	2 428 157	49 762	1 412 587	145 277	1 015 570
Statlig forvaltning	2	11	9	19	0	0
Kommunal forvaltning	12	22	45	38	1	1
Privat sektor/offentlig nærvirksomhet	86	66	47	43	99	99
Sum	100	100	100	100	100	100

Kommunale og statlige virksomheter har altså i stor grad sluttet opp om IA-avtalen. Mens 96 prosent av de kommunale enhetene er omfattet<sup>2</sup> av en IA-avtale, er det et stort mindretall bedrifter i privat

<sup>2</sup> Avtalen er inngått på overordnet nivå i kommunen, så det er ikke slik at 96 prosent av enhetene aktivt har tatt et valg om å bli IA-virksomhet.

sektor som har IA-avtale (14 prosent i privat sektor/offentlig næringsvirksomhet<sup>3</sup>). I privat sektor er det særlig større virksomheter som har IA-avtale og til sammen arbeider 43 prosent av ansatte i privat sektor/offentlig næringsvirksomhet i en IA-virksomhet.

Gjennom intervjuene i de 20 kommunene får vi inntrykk av at IA-avtalen stort sett er godt forankret på ulike nivå i kommunen. For å få en mer kvantitativ oversikt over forankring har vi kartlagt hva personalledere, hovedverneombud og hovedtillitsvalgte i et stort utvalg kommuner mener om forankringen (se beskrivelse av datagrunnlaget i kapittel 1.4). Svarfordelingen blant hhv personalledere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud er vist i de tre neste tabellene.

**Tabell 3.2 På hvilket organisatorisk nivå er IA-arbeidet forankret i kommunen? Personalledere, 2013.**

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	N
IA er godt forankret på politisk nivå	66	19	15	100	192
IA er godt forankret på rådmannsnivå	95	3	3	100	195
IA er godt forankret hos personalsjefen	99	1	0	100	195
IA er godt forankret på virksomhetsnivå	89	5	6	100	196
Generelt er IA-avtalen godt forankret på ulike nivå i kommunen	85	8	7	100	195

**Tabell 3.3 På hvilket organisatorisk nivå er IA-arbeidet forankret i kommunen? Hovedtillitsvalgte, 2013.**

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	N
IA er godt forankret på politisk nivå	44	18	37	100	588
IA er godt forankret på rådmannsnivå	75	8	17	100	582
IA er godt forankret hos personalsjefen	85	5	10	100	581
IA er godt forankret på virksomhetsnivå	65	18	17	100	581
Generelt er IA-avtalen godt forankret på ulike nivå i kommunen	59	17	24	100	586

**Tabell 3.4 På hvilket organisatorisk nivå er IA-arbeidet forankret i kommunen? Hovedverneombud, 2013.**

	Ja	Nei	Vet ikke	Total	N
IA er godt forankret på politisk nivå	44	20	36	100	136
IA er godt forankret på rådmannsnivå	75	10	14	100	134
IA er godt forankret hos personalsjefen	88	8	4	100	137
IA er godt forankret på virksomhetsnivå	69	14	17	100	133
Generelt er IA-avtalen godt forankret på ulike nivå i kommunen	67	16	17	100	136

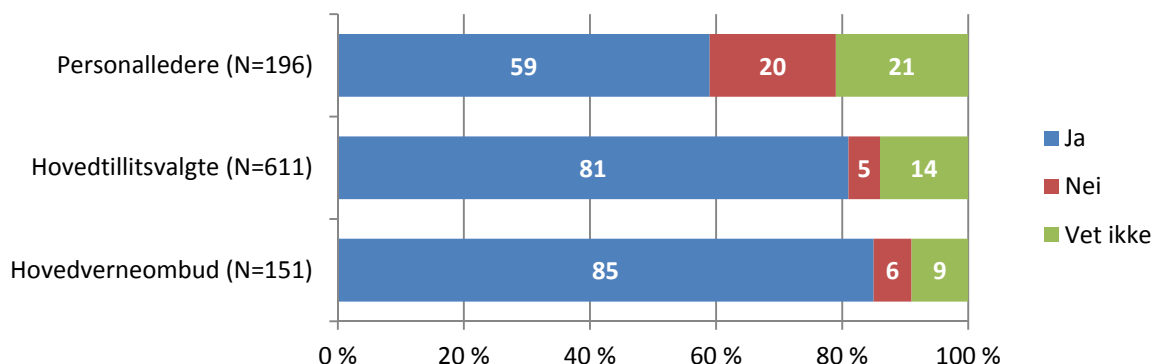
Det som er mest påfallende fra disse tabellene, er at en stor andel av respondentene ikke vet hvor godt IA-avtalen er forankret på politisk nivå. Nåværende ordfører og kommunestyre er ofte ikke de samme personene som inngikk IA-avtale på begynnelsen av 2000 tallet, og det er ikke sikkert resignering av IA-avtalen involverte politisk ledelse i særlig grad. Fra NAV arbeidslivssenter får vi vite at det ofte er organisasjonsdirektører, HR-ledere, personalleder og av og til rådmannen som skriver under for kommunene. Vi har ikke hatt en systematisk gjennomgang på dette, men det ser i alle fall

<sup>3</sup> I offentlig næringsvirksomhet antar vi nærmest alle har inngått IA-avtale.



ikke ut til at det i særlig grad er ordførere som har undertegnet avtalen. Forankringen synes altså å være svakest i flest kommuner på politisk nivå.

Vi har også spurt om de ulike aktørene har tro på IA-avtalen. Svarene er vist i figuren under:



Figur 3.1 Har du som personalleder/hovedtillitsvalgt/hovedverneombud tro på IA-avtalen?

Et flertall av alle respondentene svarer at de har tro på IA-avtalen, men en av fem personalledere svarer at de ikke har det, mens like mange er usikker på om de har tro på avtalen. Vi tror dette i stor grad handler om misnøyen rundt rapporteringen til NAV ved 9-ukers varighet på sykmeldingen og at de opplever at arbeidsgivere har fått veldig stort tilretteleggingsansvar gjennom IA-avtalen. Tilretteleggingsansvaret er hjemlet i arbeidsmiljøloven og gjelder alle arbeidsgivere, men det kan sies at lovendringene har kommet som følge av IA-samarbeidet sentralt. Svarene til ansattrepresentantene tyder på at de oftere er fornøyd med avtalen enn arbeidsgiversiden. Dette kan handle om rettighetene som er oppnådd gjennom avtalen, uten at pliktene på ansattssiden oppleves som vesentlig endret som følge av IA-avtalen. For arbeidsgiversiden betyr IA-avtalen og alt som har kommet som følge av det sentrale IA-samarbeidet, klart et større ansvar for de ansatte.

Vi finner ingen systematikk i svarene på om respondentene har tro på IA-avtalen eller ikke i forhold til størrelsen på kommunen eller i forhold til sykefraværslivået.

### 3.3 Unødvendig sykefravær i kommunale tjenester

Når man skal sette inn tiltak mot høyt sykefraværet, er det viktig å vite hvem som er målgruppen. I rapporten om oppfølging av sykmeldte (Ose et al., 2013a), foreslo vi at definisjonen av unødvendig sykefravær kunne være:

*De som forblir sykmeldt selv om helsen tilsier at de kunne vært i arbeid.*

Denne definisjonen kommer ut i fra et nasjonalt perspektiv, der det antas at en del av de som er langtidssykmeldt og etter hvert går over på arbeidsavklaringspenger, kunne vært i arbeid. Når folk ikke arbeider, men har helse til å gjøre det, finner vi at dette kan handle om lav jobbmobilitet. Dersom en ansatt har lav jobbmobilitet (lav/spesialisert utdanning, lite erfaring og/eller er i et dårlig lokalt arbeidsmarked) og generelt har vanskelig for å skaffe seg en ny jobb, har de insentiver til å bli gående langtidssykmeldt dersom de ikke mestrer eller trives i jobben de har blitt sykmeldt i fra. En med høy jobbmobilitet i samme situasjon, ville ha skiftet jobb. Med denne definisjonen ser vi bort i fra de som har en helsetilstand som tilsier at de ikke kan jobbe. Det er ikke de som har unødvendig sykefravær, og derfor ikke de som tiltakene bør innrettes mot. I dagens

sykefraværsoppfølgingsregime er ikke målgruppen (altså de som har unødvendig sykefravær) definert. Dette betyr at alle som blir sykmeldt følges opp på samme måte. Det blir en stor mengdeproblematikk fordi det er så mange sykmeldte, og uten en sortering av sykmeldingstilfellene inn i NAV, makter de ikke å identifisere de tilfellene som trenger en spesiell oppfølging. De får heller ikke til å overse de tilfellene som de ikke trenger å bruke tid på, som er ukompliserte saker fordi helsetilstanden tilsier at de ikke kan jobbe.

En arbeidsgiver vil sannsynligvis være enig i denne overordnede definisjonen av unødvendig sykefravær, men langtidssykmeldte får sykepengene dekket av folketrygden og ikke av arbeidsgiverne. De bruker likevel ressurser på dem over en lang periode gjennom oppfølgingsarbeid, stillinger som ikke frigjøres og skaper lavere fleksibilitet og de har fortsatt arbeidsgiveransvaret.

I tillegg til de lange sykmeldingene som etter hvert går over til arbeidsavklaringspenger fordi det har skjedd lite i sykmeldingsperioden, kan en del av korttidsfraværet karakteriseres som unødvendig sykefravær.

Når vi spør personallederne hva de kan kategorisere som unødvendig sykefravær i kommunen, får vi mange svar. Vi tar med en rekke sitater for å gi et bilde av hva dette handler om.

*"Når jeg ikke får det som jeg vil, sykmelder jeg meg" (Personalleder, stor kommune)*

*De som "sykmelder seg" som følge av konflikt, de som blir sykmeldt som følge av vanskelig hjemmesituasjon/privat situasjon/omsorgsoppgaver for voksne barn/gamle foreldre/dødsfall osv. De som går lenge og venter på utredning i helsevesenet og som stadig får nye diagnoser og som kanskje egentlig ikke ønsker å jobbe - men som legene mener bør stå lenger i jobb fordi de er for unge til å bli uføretrygdet osv. Gjengangere. (Personalleder, stor kommune)*

*Ansatte som blir hjemme fordi de ikke er helt bra. Vondt i hodet som kan bedres ved en tablett, eller hoste. (Personalleder, relativt stor kommune)*

*Jeg vet jo ikke hvilken diagnose som står på sykmeldingene, men økt sykefravær blant kvinner før jul kan nok unngås - det handler om stress og en forventning om at alt må være så bra og at kvinnene skal ta hovedansvar for hjemmet (Personalleder, relativt liten kommune).*

*Fravær på grunn av konflikter på arbeidsplassen. Langvarige fravær på grunn av samlivsbrudd. Sykefravær på grunn av langvarige omsorgsoppgaver for andre familiemedlemmer som er syke - her burde det vært andre "ordninger". (Personalleder, relativt liten kommune)*

*Sykmelding som følge av ulike konflikter. Sykmeldinger hvor lege ikke har tilstrekkelig kjennskap til arbeidsplassens tilretteleggingsmuligheter (Personalleder, fylkeskommune).*

*Egenmelding på helgevakter, samtidig som Facebook sier noe om et ganske bra aktivitetsnivå!*

*Egenmelding ved barns sykdom uten at ektefelle (far) blir involvert. Egenmelding med diffuse grunner ved avslag på permisjon med lønn. Sykemelding når det oppstår uenighet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, f.eks om oppgaver eller arbeidsplan. Sykemelding når livet butter litt imot, sånn som det av og til gjør - uten at folk er direkte syke. (Personalleder, mellomstor kommune).*

*Dager man våkner opp og føler seg uvel og ønsker å ta det med ro hjemme. Fyllesyke. (Personalleder, relativt liten kommune).*

*Ansatte med "feil" holdninger som ikke trives på jobb og som "konstruerer" fraværsgrunner. I vår kommune tror jeg imidlertid at vi har svært få slike! (Personalsjef, liten kommune).*

*Skader og ulykker, psykiske sykdommer på grunn av jobbrelaterte konflikter (personalleder, fylkeskommune)*

*"Misnøye/fravær". Lettere stresslignende lidelser (Personalleder, relativt stor kommune).*

*Lang sykemelding i stedet for bruk av egenmelding til man føler seg frisk igjen (ved enkle sykdomstilfeller). Enkelte kan ha lav terskel ved lav trivsel. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

*Sykmeldinger pga konflikt og dårlig ledelse, sykmelding blant "friske" gravide (Personalleder, stor kommune).*

Relativt mange svarer også at sykefravær som skyldes lettere psykiske plager kan være unødvendig å ha sykefravær for. Det kan være bedre å gå på jobb.

Generelt kan vi oppsummere alle 178 beskrivelsene vi har fått fra personallederne i følgende kategorier:

- Misnøye og konflikter, der sykmelding blir brukt som protest
- Fravær der de ikke egentlig er syk nok til å være hjemme/dårlige holdninger og lav terskel for å være hjemme
- Fravær etter fest
- Fravær som skyldes situasjonen på hjemmebane generelt/samlivsbrudd, personlige kriser
- Fravær som skyldes lettere psykiske plager og diffuse symptom
- Ensidig fordeling mellom foreldrene på hvem som er hjemme med syke barn
- Fravær fordi legen har sykmeldt 100 prosent uten å kjenne tilretteleggingsmulighetene

Oppsummert er dette fravær som ikke skyldes sykdom og det er det som personallederne karakteriserer som unødvendig sykefravær. Hvorvidt det er mer av disse typene fravær blant kommunalt ansatte i forhold til i andre bransjer, er vanskelig å si. Når vi spør kommunale ledere og tillitsvalgte om det er lavere fraværsterskel i kommunene enn i for eksempel privat sektor, kommer de ofte inn på at en enkelt ansatt i en kommune kanskje ikke opplever samme budsjettansvar som en ansatt i en liten privat virksomhet - og derfor har privat ansatte høyere terskel for fravær.

I intervjuene og ved åpne spørsmål i kartleggingen, har vi altså identifisert hva personalledere i kommunene mener er unødvendig sykefravær. Vi har også spurt om i hvilken grad de tror de har unødvendig sykefravær. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

**Tabell 3.5 I hvilken grad mener du at kommunen har "unødvendige" sykefravær? Personalledere. 2013.**

	Antall	Andel
Svært liten grad	9	5
Liten grad	42	22
Middels grad	107	56
Stor grad	30	16
Svært stor grad	3	2
Totalt	191	100

I 18 prosent av kommunene mener personallederen at de i stor, eller i svært stor grad har unødvendig sykefravær. Det er kanskje her potensialet for reduksjon i korttidsfraværet er størst. Vi

kommer tilbake til virkemidler i siste kapittel i rapporten. Vi finner ikke systematiske forskjeller i svarene etter kommunestørrelse, men vi finner at kommuner som svarer at de har mye unødvendig sykefravær, har systematisk høyere legemeldt sykefravær sammenliknet med kommuner som mener de ikke har mye unødvendig sykefravær. Dette stemmer godt med det vi har observert gjennom intervju, om sykefraværet er høyt er det oftere snakk om en holdningskomponent enn om sykefraværet generelt er lavt.

### 3.4 Kortere sykepermisjon

Kommunene i utvalget forteller om økt oppmerksomhet på IA, tilrettelegging og nærvær. De forteller også at det har skjedd en opprydning innenfor personalområdet. Flere av kommunene i utvalget fremhever at et godt samarbeid med Arbeidslivssenteret har gitt kommunen noen retningslinjer som gjør det enklere å sette grenser for tilrettelegging og "eierskap på stilling" i kommunen. De forteller om strammere rammer, kompetansekravet er økende på alle virksomhetsområder, at det er økende antall oppsigelser i kommunen og at flere personer "sluses" ut til NAV.

*Jeg tror nok at vi har blitt flinkere til og blitt tydeligere på det. At de kanskje kan prøve ut noen ting, men at man er flinkere til og avslutte og kanskje da kanalisere over på andre typer ordninger da rett og slett (Rådmann, relativt liten kommune).*

Kommunene melder om store utfordringer i forhold til de som de tidlig vet ikke kommer tilbake i arbeid og der svært mye er forsøkt:

*Et område vi har vært ganske frustrert over nå, ikke bare spesielt i denne kommunen, er der arbeidstakeren har en sykdom eller funksjonsnedsettelse som gjør at man ikke kan fortsette i det arbeidet som er. Det å komme i gang tidlig med omskolering, videreutdanning, har vi opplevd at NAV har vært en bremsekloss fordi de ikke kan gjøre noe før man har brukt opp sykepengerrettighetene. Man kan jo være sykemeldt et år, derfor skal man ikke sette i gang med noe før det. Det mener jeg er helt feil. Man ser jo at det er viktig å få gjort mest mulig så fort som mulig, for at arbeidstakeren skal kunne komme i annen type arbeid som passer i forhold til de forutsetningene han/hun har. Gjerne mens man ennå har sykepengerrettigheter, i stedet for å vente til man går over på arbeidsavklaringspenger (BHT, middels stor kommune).*

Respondenten tar her opp et viktig tema vi har diskutert i tidligere rapporter (se blant annet Ose et al., 2013b). Dette er en type unødvendig sykefravær som gir stor grad av passivitet og opphold i et forløp mot en evt. ny jobb. En rådmann uttrykker det slik:

*Vi vet de ikke kommer tilbake, men det er det mentale at vi ikke vil kaste ut noen fra arbeidslivet, men det mener jeg vi er i ferd med og rydde litt opp i altså. Ja det er hvor det dreier seg om formaliteter og det dreier seg om saker som oppsigelse og ikke oppsigelse. Hvor alle forsøker å finne en fornuftig løsning, men det er klart en vet jo at arbeidet betyr mye for folk... Da er det viktig og få gjort dette så smertefritt som mulig, og få motivert til nye muligheter. (Rådmann, mellomstor kommune).*

*I dag er det et for sterkt ansettelsesvern og det tar veldig lang tid og krever mye ressurser å kunne si opp noen. Når noen blir sagt opp ett sted blir de likevel ansatt et annet sted i kommunen og slik kan enkelte holde på over tid (Personalleder, storby).*

Arbeidsgiver er etter folketrygdloven, arbeidsmiljøloven og IA-avtalen forpliktet til å foreta tilrettelegging og bidra til at den sykmeldte arbeidstakeren kan tilbakeføres til arbeid. Arbeidsmiljøloven gir et utvidet oppsigelsesvern for sykmeldte da arbeidsgiver ikke kan si opp en ansatt på grunn av sykdom det første året. Ut over et år kan arbeidsgiver foreta oppsigelse med

bakgrunn i sykdommen, men oppsigelsen må også da ha saklig grunn, jf arbeidsmiljøloven §§ 15-7 og 15-8.

Kommunene i utvalget forteller at de tidligere innvilget lange sykepermisjoner. De kunne ha folk som hadde sykepermisjon i mange år og det var ikke uvanlig med 5-7 år. Kommunene i utvalget forteller at de siste årene har de ryddet opp i disse lange sykepermisjonene og gått til oppsigelser av folk. Mange av disse har sannsynligvis uansett en annen plan enn å komme tilbake til kommunen. De kan også ha tatt utdanning i sykepermisjonsperioden.

Lange sykepermisjoner medfører et langt oppfølgingsansvar, men det er også utfordrende for lederne fordi de holder stillinger åpne over mange år. Da må de basere seg på vikarer.

I 2005 kom følgende bestemmelse inn i arbeidsmiljøloven § 14-9 (5), 2. setning:

"Arbeidstaker som har vært sammenhengende midlertidig ansatt i mer enn fire år etter første ledd bokstav a og b, skal anses som fast ansatt slik at reglene om oppsigelse av arbeidsforhold kommer til anvendelse."

Virkingen av denne bestemmelsen er at arbeidstakere som har vært midlertidig ansatte i fire år, er å betrakte som fast ansatte.

Dette betyr at lange sykepermisjoner får konsekvenser og det har vært behov for å redusere sykepermisjonsperioden. Et annet forhold som har aktualisert lengden på sykepermisjonen er innføring av arbeidsavklaringspenger. I 2010 ble Arbeidsavklaringspenger innført som ny folketrygdytelse som en erstatning for tidsbegrenset uførestønad, rehabiliteringspenger og attføringspenger. En kan motta arbeidsavklaringspenger inntil fire år. Sammen med ett år med sykepenger blir det totalt 5 år.

Hvordan sykepermisjon praktiseres varierer mellom kommuner. Trondheim kommune hadde i 2010 en gjennomgang og de har landet på følgende konklusjon:

*Hvis den ansatte etter 2 års sykefravær er under behandling eller arbeidsutprøving med snarlig utsikt til bedring av sin arbeidsevne, kan den ansatte søke permisjon også ut over 2 år. Ansatte som mottar AAP kan søke om sykepermisjon i inntil 3 år etter maksdato for sykepenger. Søknaden avgjøres etter en konkret vurdering. Enhetsleder bør be om bistand fra personaltjenesten i forhold til denne vurderingen.*

Da fleste kommunene vi har intervjuet forteller at de har blitt strengere i forhold til sykepermisjon og at de i større grad går til oppsigelser nå enn tidligere. Vi har derfor i kartleggingen spurt om kommunene nå gir kortere permisjonstid enn tidligere. Som vist i tabellen er det en av fire som sier at de har kortere permisjonstid nå enn tidligere. 82 prosent av kommunene mener at kommunen strekker seg langt nok for å beholde folk i arbeidslivet. Dette stemmer godt med inntrykket vi har fra intervjuene.

Tabell 3.6 Kommunen gir kortere permisjonstid etter at sykepengere rettighetene er brukt opp nå enn tidligere. Personalledere, 2013.

	Uenig	Ingen mening/ vet ikke	Enig	Total	N
Kommunen strekker seg ikke langt nok for å beholde folk i arbeidslivet	82	5	14	100	198
Kommunen gir kortere permisjonstid etter at sykepengere rettighetene er brukt opp nå enn tidligere	64	10	25	100	196

### 3.5 Kommuneprosjekter ved sykefravær og arbeidsmiljø

Flere kommuner har igangsatt egne prosjekter i arbeidet med å redusere sykefraværet og forbedre arbeidsmiljøet. Av det som blir hyppigst nevnt er prosjekter som settes i gang av kommunen innenfor egne rammer, men også samarbeid med Arbeidslivssenteret og Bedriftshelsetjenesten trekkes frem:

- Sykefraværprosjekter (Langtidsfrisk, nærværprosjekter, iBedrift etc)
- Arbeidsmiljøprosjekter (Medarbeiderskap, norskopplæring til renholderne, fagopplæring til renholderne, lederopplæring og psykososiale arbeidsmiljøkvelder)

Det foregår klart mange prosjekter rundt i kommunene for å gjøre noe med arbeidsmiljø og sykefravær. Når vi spør om de har fått noen effekt på sykefraværet av disse prosjektene, er det få som kan gi gode svar. Dette har sammenheng med at det generelt er vanskelig å identifisere effekter på sykefraværet av tiltak, fordi sykefravær er komplekst og påvirkes av en rekke forhold. De fleste oppnår kanskje lavere sykefravær i perioden prosjektet pågår, men så stiger det igjen når prosjektperioden er over. Slike prosjekt kan likevel være med å øke bevissthetsnivået både i forhold til ledere og ansatte om de reelle utfordringene med sykefravær. Flere ledere sier at de kan holde sykefraværet nede en stund gjennom hardt arbeid, men med det samme de må bruke tid på andre ting, opplever de at det stiger igjen. Det er sannsynligvis ikke gjennom alle mulige prosjekt det unødvendige sykefraværet kan reduseres, men gjennom å ha gode rutiner, ta tak i situasjoner før de utvikler seg og ta de vanskelige samtalene med enkeltpersoner på et tidlig tidspunkt. Et problem mange kommunale ledere er opptatt av, er når det er forhold utenfor jobben som er årsak til fraværet, har arbeidsgivere få virkemidler. Vi ser på dette i neste avsnitt.

### 3.6 Forhold utenfor jobben som fører til sykefravær

Når vi er i kommunene hører vi ofte ledere som sier *"Ja, de kan ikke sykmelde seg fra hjemmet, men de kan sykmelde seg fra jobben"*. Gjennom dagens oppfølgingsregime har ledere fått et stort ansvar for sykefraværet. Reglene for tilrettelegging er strenge, og mange opplever at de må vite mye om situasjonen til den sykmeldte for å kunne tilrettelegge på en god måte. De sykmeldte er generelt åpen om hva som feiler dem, og mange forteller om diagnosen de har fått. Ofte kan det komme frem at den ansatte sliter med forhold på hjemmebane, og lederen må forholde seg til dette. Det kan være ektemann/kone, små barn og store barn, syke foreldre eller andre forhold i privatlivet som gjør at vedkommende ikke takler å stå i jobben, men må bruke kreftene på hjemmebane. Dette er ofte kompliserte saker, og det er få andre instanser som kan avhjelpe situasjonen. Mange ledere forteller at de har kontaktet NAV for å høre om den sykmeldte kan få noe hjelp, for eksempel avlastning i hjemmet. Det ser generelt ut til å være vanskelig å få slike tiltak og arbeidsgiveren blir stående alene i

et ganske vanskelig oppdrag. De forsøker ofte å få vedkommende til å være litt på jobb gjennom en gradert sykmelding, men tiden går og etter hvert blir sykepengere rettighetene brukt opp. Lederen kan da ha brukt svært mye tid og krefter for å holde vedkommende delvis i jobb. En personalleder sier det slik:

*Jeg er veldig skeptisk til at arbeidsgivere skal bruke så mye tid på ting som ikke har noe med arbeidsplassen å gjøre. Det er gjort så mye forskning på det her, og da lurer jeg på om dette her med IA og IA-avtalen og sånt noe, gir det noe effekt, når psykiske lidelser som skyldes helt andre ting enn jobben er det største sykefraværproblemet? Burde vi ikke se på andre virkemidler? Og så burde vi som arbeidsgiver bli mye flinkere til å jobbe forebyggende, og da særlig mot utsatte grupper. Dette med trening i arbeidstiden og sånt noe, det har jeg ikke noen tro på, for da er det de som trener fra før som kommer, men mye mer målrettet tiltak mot de gruppene som er utsatt, der vi ser at vi kan gjøre noe på arbeidsplassen. Sånn som i forhold til barnehage, i forhold til pleie- og omsorg, i forhold til tøffe yrker. At vi som arbeidsgiver blir mye flinkere å bruke ressursene våre mye mer målrettet mot de gruppene der (Personalsjef, mellomstor kommune).*

Andre forteller at de har jobbet både med motivasjon og individuelle samtaler med folk som har problemer privat og ikke fungerer godt i jobben. Mange er opptatt av at de som arbeidsgiver må se hele personen, men det er også klart at det finnes en grense for hva som kan gjøres av arbeidsgiveren. Mange ledere har gjennom oppfølgingsregimet kommet i tett inngripen med den private sfæren til den ansatte, og de forteller at de kan føle seg som en hobbypsykolog som forsøker å hjelpe den ansatte til å få bedre mestring i hverdagen. De færreste lederne har psykologkompetanse, og det er få som mener at de skal ha det. Et sted går grensen for arbeidsgivers ansvar, og det er kanskje her. Mange ledere bidrar mye for å få opp motivasjonen til enkeltpersoner, men dette er ofte et tungt og ressurskrevende prosjekt.

Mange ledere forsøker som nevnt å skaffe hjelp til den ansatte, og kanskje særlig når det er noen som sliter med psykiske problem. De ringer for å diskutere med legen, og dersom situasjonen oppfattes som alvorlig av legen, involverer legen seg. Dette skjer både gjennom dialogmøter eller at lederen ber den sykmeldte ta opp visse forhold på neste legetime. Ledere forteller at de har ringt både til psykologer, DPS og andre relevante aktører, men det er lange ventelister og lite hjelp å få.

En enhetsleder sier det slik:

*Jeg kan ikke gjøre noe med samlivsproblemer. Annet enn at folk kan få lov til å snakke om det, der jeg kan gi noen ukvalifiserte råd. Altså at jeg kan være en samtalepartner, men ikke gjøre noe med det. Der går grensen.*

*Altså, hvis folk er interesserte i å snakke om livet sitt og synes at det hjelper så kan jeg godt bruke et kvarter på det. Men det er ikke sikkert jeg kan gjøre noe med det. For jeg har ikke den kompetansen. Ikke psykolog, ikke samlivsterapeut.*

Lederen forklarer videre:

*Min forutsetning er jo det at folk kommer på jobb, altså, her er jeg litt firkantet. Man får betalt for å komme på jobb. Det er en økonomisk kontrakt. Når man kjøper noe så forventer man å få noe. Det blir jo det samme her og. Når man begynner å snakke om hele livet og at man skal ha... Min forutsetning er at folk kommer på jobb og yter det de skal gjøre i forhold til at de får betalt for det, altså, det er utgangspunktet.*

Denne lederen har også reflektert over utviklingen de siste årene:

*Det har jo gått fra at man absolutt ikke snakker om privatlivet på jobb, til at man faktisk anerkjenner at man har med seg private problemer på jobb. Om man vil det eller ikke. Også er det litt provokativt å si at man må kunne ta opp slike ting og. Og man må ha lov til å si at du lever som et svin og at du må skjerpe deg. Det henger jo sammen, man må jo bare kunne akseptere dette da. Men igjen da, det er jo forskjellig hva folk vil dele med arbeidsleder.*

*Med tanke på meg selv så har jeg jo med meg store deler av meg selv på jobb, men det er alltid en bit som ikke er med. Som er privat. Som jeg ikke deler med de på jobb.*

Vi spør denne lederen om han tror det er vanskelig for de ansatte å sette grenser om hvor mye man skal fortelle til arbeidsgiver. Han svarer: *Noen er hemningsløse.*

Det er ikke så rart at det blir slik. Dette er en konsekvens av den åpenheten som er skapt rundt helse gjennom fokuset og det økte ansvaret som arbeidsgiver har fått for oppfølgingen av sykmeldte. Konsekvensen er at lederne ofte får en veldig vanskelig oppgave. Det er absolutt grunn til å diskutere om lederansvaret for sykefravær skal gå så langt som det gjør i dag. Samtalen med lederen over er på en måte unik, men på en annen måte veldig talende. Den er unik fordi denne lederen er tydelig på hvor grensen går og hvilke forventninger han har til kontraktsforholdet med den ansatte. Dette er det mange ledere som ikke har samme tydeligheten på. Samtalen er generell fordi svært mange ledere i kommunen forteller at de i stor grad får informasjon om private forhold som de ikke helt har kompetansen til å håndtere.

Konklusjonen så langt er at det mangler lavterskeltjenester som de ansatte kan få hjelp i fra til å bedre mestre utfordringer i livet og på hjemmebane. Hvorvidt det er arbeidsgiverne som skal gjøre noe med dette er svært usikkert, men det er uansett arbeidsgiverne som blir sittende med problemene. Ganske alene, pga mangel på tilgjengelige tjenester. At legene ikke er involvert i mange av sakene, trekkes ofte frem som en del av problemet. Vi ser på dette i neste avsnitt.

### **3.7 Legen og sykmeldinger**

Når vi i intervjuer spør om hvordan samarbeidet med de ansattes fastlege fungerer, er typisk svaret at det er stor variasjon. I små kommuner har de i ofte fått legene på banen, både ved hjelp av samarbeid med NAV, bedriftshelsetjenesten eller kommunelegene. Mange er opptatt å involvert legene mer:

*Legene er portvokterne! De må ses i kortene. Her kan NAV gjøre mer, og regelverket kan endres. Viktig å legge til rette for mer reell samhandling mellom sykmelder, NAV og arbeidsgiver. Hvis IA kan utfordre legene, kan IA-avtalen bety noe (Personalleder, mellomstor kommune).*

Flere forteller at det er vanskeligere når den ansatte har fastlege i en annen kommune. Mens noen er opptatt av å involvere legen, er det andre som mener at legen blander seg for mye:

*Der er det nok noen leger som har store tanker om hva som er deres ansvarsområde. De tar ikke bare den helsebiten, men bryr seg veldig sterkt hva som er mulig og få til på arbeidsplassen. Det kan bli litt mer konfliktfylt for arbeidsgivere, men her i distriktet har jeg ikke inntrykk av at det er noe problem i det hele tatt. (BHT, liten kommune).*

Vi spør om legene er med på dialogmøter:

*Ja det er de, men vi har to eldre leger. En som er vikar og en som er godt passert 70. Han er kjempedyktig i møte med den sykmeldte, men han sier høyt og tydelig at jeg er den sykmeldte sin advokat. Så har vi en turnuslege og da er det mye oppfølging til den turnuslegen som*



*bestandig ikke er god nok i forhold sykefraværsoppfølgingsreglementet. (Personalleder, liten kommune)*

Flere er inne på dette med at uten kontakt med arbeidsgiveren, blir ikke legen i stand til å få et helhetlig bilde av situasjonen:

*Legen sitter med sin pasient og hans historie, uten å få et innblikk i helheten som dreier seg om hele arbeidssituasjonen. Vi laget en avtale med et lokalt legesenter om at i de tilfellene hvor det ble gjort utvidet funksjonsanalyse skulle pasientene ta med seg den til legen, for at den skulle gi et bredere bilde. Ellers har jeg inntrykk av at legene etterspør veldig lite informasjon som kan gi et helhetlig bilde av hverdagsituasjonen. (Kommunalsjef, mellomstor kommune)*

Det at sykmelding benyttes etter at den ansatte ikke har fått innvilget permisjon med lønn etter å ha søkt om det er det flere som har opplevd:

*Noen søker permisjon og får veldig ofte nei da. Mens andre bruker konstruktivt legen for å på en måte ha litt tyngde bak sine behov og det kan jo av og til være sånn at man lurert på... men det er klart at legen sin uttalelse trekker ganske. (Personalsjef, liten kommune).*

Vi har snakket med leger om dette og de sier at mange arbeidsgivere er restriktive med å gi lønnede permisjoner selv om det uansett er de som betaler sykefraværet de første 16 dagene. Årsaken til at arbeidsgivere er restriktive, kan handle om at om de gir til noen opplever de at de må de gi til alle.

Legens deltakelse på dialogmøte 1 har vært diskutert i alle de kommunene vi har intervjuet og det er ofte gode erfaringer når de møter opp, men det er stor variasjon mellom legene:

*De er med på en del av møtene hvor det er naturlig, men så kan jo også den ansatte si at de ikke ønsker at legen skal være med, og da.. det har vi opplevd i slike sammenhenger hvor arbeidsgiver sier "Å, endelig kan vi få et møte hvor legen skal være med" (Personalsjef, liten kommune).*

*Både og. Av og til synes jeg man kommer med noe bra, og av og til at du ikke har noe å komme med. Men det kommer veldig an på den legen som er med også. Også kommer det veldig an på lederen. Om de har eventuelt noe å tilby. Også synes jeg mange ganger at veldig mye av diagnosen er fremme på et dialogmøte. (Personalleder, relativt liten kommune).*

Dette mener mange ledere i kommunene er feil prosedyre, at det ikke burde være mulig for den ansatte å nekte å innkalle legen.

*Det ikke burde vært sånn at ansatte kunne si nei til akkurat den biten der. Så vet jeg ikke hva som er hensikten med det, at ansatte kan si at de ikke ønsker at legen skal delta, når det er legen som sykmelder, og arbeidsgiver har behov for kontakt? (Personalsjef, liten kommune)*

Det er kanskje akkurat i disse tilfellene det kunne ha vært effektivt med legens deltakelse. De aller fleste personalledere mener at legen burde vært mer på banen, men det er utfordrende å få det til i praksis og det er sjelden noen sier at det fungerer godt:

*Ja at man vil ha leger, ledere og den ansatte på banen. Men jeg ser at den største utfordringen er og få legene på banen. De begynner jo etter hvert og komme på dialogmøtene, men sånn som legene jobber - de holder jo fast på det og være privatpraktiserende i prinsippet, så de jobber jo et system, og sliter med og komme fra og man skal jo gi dem beskjed 3 uker i forveien og det er ikke alltid lett. Du skal levere inn planene etter 4 uker så håper man jo selvfølgelig at vedkommende skal bli bra, men da burde man jo sende invitasjon til fastlegen for*

*dialogmøtene skal være innen 7 uker, også utsetter man det kanskje litt da og man tenker det går greit.*

*Altså, det er jo legen som sykmelder. Det er legen som må gå litt nærmere inn på hver enkelt. Hva er det egentlig som kan gjøre deg frisk og hva er det egentlig som gjør deg syk. Dette er langsiktig arbeid. Jeg synes ikke dialogen med legene fungerer godt nok altså. De kan gjemme seg litt bak taushetsplikten osv. Så der tror jeg vi har et utviklingspotensial (HMS kontakt, relativt stor kommune).*

Andre småkommuner har en annen erfaring med legens rolle:

*Vår utfordring er at vi ikke har egen lege i kommunen. Vi kjøper legetjenester fra nabokommunen. Det skifter litt med leger, og har derfor ikke fast lege over tid som kan følge opp. (HMS ansvarlig, liten kommune)*

Hvordan representanter for kommunene på overordnet nivå (aktører sentralt i kommunen) vurderer legens rolle, er i stor grad sammenfallende med hva andre arbeidsgivere mener. Vi ser her nærmere på hva enhetsleder i intervju har formidlet for å komme litt lenger ned i problemstillingen.

Mange synes legene er lite tilgjengelige:

*Ja, jeg har jo prøvd å ringe til noen leger. Ikke i forkant, det har jeg ikke gjort. Men det er vanskelig å få tak i dem, det er vanskelig å få dem i tale, får som regel snakke med helsesekretæren eller noe sånt. Og det er ikke bestandig de kan være så hjelpelige da. Av og til så ringer legen tilbake, av og til ikke. (leder, sykehjem)*

Vi spør hva de ønsker å formidle når de ringer til legen og et veldig vanlig svar er dette:

*Jeg vil formidle hva slags arbeidsoppgaver vi kan sette dem til. Er det virkelig sånn at ho ikke kan være på jobb i det hele tatt? Kan ikke gjøre noen verdens ting? Fordi at av og til så kunne jeg jo tenkt meg å være med de til legen, og høre hva de sier. (leder, sykehjem)*

Vi spør om de tror den ansatte fremstiller situasjonen på en annen måte overfor legen:

*Ja, det vil jeg tro. Og det er jo på en måte en kjent sannhet at det er tungt på sykehjem. De vil ikke være der. (leder, sykehjem)*

Avventende sykemelding kunne ha løst noen av utfordringene respondentene er inne på, og vi har spurt om de av og til får en avventende sykemelding. Respondentene svarer at dette er sjelden, og det stemmer godt med nasjonale tall som viser at ordningen er lite brukt. En respondent svarer slik:

*Ja, det har jeg fått to ganger. Avventende sykemelding. Og den ene var jo bra, hun ble ikke sykemeldt. Men hun kom og snakket med meg også i forkant (Styrer, barnehage).*

Vi spør om det ikke kommer frem på dialogmøte om noen ikke egentlig er syk:

*Nei, det trenger det ikke å gjøre nei. For jeg må jo stole på at legen har gjort en god beslutning. Jeg stiller ikke legen vil veggs, det gjør jeg ikke. Ikke i et dialogmøte med pasienten til stede og sånn nei. Men jeg har tatt en telefon til legen, og sagt at jeg undrer meg over det her. Det har jeg gjort (Styrer, barnehage)*

Vi spør hva legen svarer da og får til svar:

*Nei, "hører hva du sier", og så sier de ikke så mye mer. Fordi at de har taushetsplikt. Så det hjelper jo ikke. Men jeg gjør det ikke i den her settingen [Dialogmøte 1], det er noe med å ta vare på den ansatte som sitter der også. (Styrer, barnehage)*

Vi spør om det ikke er akkurat det man skal snakke om i dialogmøtet, for å slippe å ringe til legen og formidle budskapet:

*Men jeg tenker, at hvis jeg setter meg selv i posisjonen som en sykemeldt, og så føler du, du eier jo sannheten din selv, og du mener jo at du er sliten da, for å ta det da, du er jo sliten. Og legen støtter deg på at du er sliten. Og så skal du sitte der og høre på at en arbeidsgiver... selvfølgelig, da bygger vi konflikt da, mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, hvis jeg begynner å stille legen til veggs og si at jeg er veldig uenig i det her.. neste gang jeg skal møte arbeidstakeren da - så har jeg ikke noe å gå på. Da står jeg jo sånn.. og det er ikke det jeg ønsker...Så ja, i forhold til å kalle det å spille en rolle så kanskje jeg gjør det da - for å unngå en konflikt. (Styrer, barnehage)*

For mange er personaltjenesten en viktig støtte og det gjelder også denne barnehagestyreren:

*Når jeg tar inn personaltjenesten, da gjør jeg det, og kan stille spørsmålstejn ved fravær. Det gjør jeg. (Styrer, barnehage)*

Men da er ikke legen der kommenterer vi:

*Nei, og da er vi i trygge omgivelser, vi sitter på barnehagen.. bare det å sitte på et legekontor... ..og da er vi på vårt territorium og vi sitter i former, jeg vet sånn som de rommene legene bruker, det er jo helt horribelt. (Styrer, barnehage)*

Noen har forståelse for legens vanskelige situasjon, og en leder for hjemmetjenesten forteller at hun har et godt forhold til legene. Vi spør om de ikke forventer at legen skal nekte folk sykemelding:

*Jo, altså kulturen ligger jo like mye til legen i forhold til sykemeldinger. Det er alt for enkelt og det ansvaret legene har, det er jo helt hinsides. Altså på 10 minutter så skal du si være eller ikke være, det er jo helt... (leder, hjemmetjeneste)*

*Det er så personlig, ikke sant. Det er ikke reelt at legen skal begynne å krangle om dette her. Men en tett dialog mellom lege og arbeidsgiver er sunt. Definitivt sunt, men ikke til en hver pris. (leder, hjemmetjeneste)*

Vi antyder at det kanskje begynner å bli slik at mange forventer litt motstand fra legene for å få en sykmelding:

*Ja kanskje, og hvis de hadde fått den lille motstanden, tror jeg at faktisk flere hadde kanskje tatt en egenmelding og så vært på jobb, og om det viser seg at det ikke går, kunne de brukt en egenmelding til, i stedet for å gå direkte ut i 14 dagers sykmelding (Rektor, grunnskole)*

*For når de ringer på en torsdag og sier at de skal til legen på en fredag og må vente og høre hva legen sier. Da veit vi selvfølgelig at den personen ikke kommer på jobb (Leder, hjemmetjeneste)*

*Men det som er litt interessant når vi snakker med fastlegene er at de har en oppfatning av at det å jobbe spesielt i hjemmetjenesten er nesten uforenelig med arbeidsliv. Det er helt merkelig hvordan syn de har på det. Og det at hvis en av mine ansatte kommer til fastlegen sin og har vondt i skulderen sin og sier at de jobber i hjemmetjenesten, så tror jeg nesten legen tenker – ja, men da kan ikke du gå på jobb. (Leder, hjemmetjeneste)*

Flere er inne på at fastlegen sitt syn på de ulike tjenestene kanskje er gammeldags og ikke helt riktig:

*Ja da er jo terskelen for å gi sykemelding helt minimal i motsetning til når jeg kommer til legen. Jeg får ikke tilbud om sykemelding for jeg må jo på jobb uansett. Og det har jeg snakket med en del fastleger om - at synet til hjemmetjenesten skulle ha vært endret (Leder, hjemmetjeneste)*

*Nei, det som vi er heldig med er at vi har ganske store muligheter for tilrettelegging i hjemmetjenesten. (Leder, hjemmetjeneste)*

*Ja, for vi har lister som det ikke trenger å være noe fysisk arbeid på, og så har vi lister hvor det er veldig sånn at kanskje pulsen går litt opp. Jeg har 20 brukere på kvelden. Da kan det bety at det ikke er noe anstrengende når vi har 20 brukere. Når vi har 35 brukere på kvelden så er det mye mere omfattende for eksempel. Vi har trygdeboligen og da slipper du og kjøre bil. Da er du bare inne i ett hus og noen synes det er veldig kjekt, mens noen andre vil kjøre bil mest mulig. Så vi har mye forskjellig. (Leder, hjemmetjeneste)*

Ved skolene er det vanskeligere i følge rektorene. Hovedproblemet er at det ikke finnes mange andre oppgaver den som ikke kan undervise kan gjøre:

*Ja, og da sier legen at da skal du ut i 100 prosent, men du kan ikke jobbe 100 prosent sier han, det går ikke. Men du skal ut i 100 prosent, så skolen må finne andre oppgaver til deg. Og vi kan kanskje klare å finne noe, men vi klarer ikke den der. Og da blir jeg litt skuffet, for hun legen hun kjørte på det at hun skulle tilbake 100 prosent fra den datoen. Og legen snakket aldri om at det gikk an kanskje å ta ut noe førtidspensjon eller uføretrygd eller et eller annet, og du har noe som heter ventepenger i systemet og, det er masse muligheter da for at hun skulle kunne fungere bedre. Men jeg var jo ganske klar på at hun kan jo ikke ha 100 prosent, hun klarer det ikke. (Rektor, ungdomsskole)*

*Ja, hvis hun skal ha 100 prosent jobb til oss, da må hun jobbe med ungene da. (Rektor, ungdomsskole)*

Vi spør en leder for renholdstjenesten om de også opplever at fastlegen har et feil bilde av hva jobben innebærer:

*Ja, veldig mange leger har det. Det ser vi når vi snakker med legene i dialogmøte 2. Og gjerne i dialogmøte 1 også, hvis de møter opp på det. Da ser vi at de har det synet. Men det som ofte viser seg er at legen hører på renholderen, så hvis renholderen sier at her er for tungt for meg, så er det for tungt. Legene overprøver ikke det folk sier. Folk kunne egentlig ha sykemeldt seg selv. For de går til legen og sier at de trenger en sykemelding, dette her er for tungt. Og så får de gjerne noen tabletter for at de har vondt i en skulder. Gjerne sånn muskelavslappende. Noen ganger har jeg tenkt på, hvorfor i all verden måtte du til legen for å gjøre det der? Kunne du ikke bare ha gått på apoteket og kjøpt Voltaren og kunne sagt til deg selv at du skulle være hjemme en måned. Men det er jo ikke sånn det fungerer i dag da. Resultatet hadde kanskje ikke vært noe annet. (Leder, miljøenhet).*

Denne lederen legger til:

*Egentlig så bruker vi masse tid hos lege som vi ikke hadde trengt. Legene har egentlig mer enn nok å holde på med. (Leder, miljøenhet).*

Det har ikke vært en sentral del av prosjektet å se på legens rolle i sykefraværsoppfølgingen, men disse sitatene viser at kommunale arbeidsgivere stort sett møter samme utfordringer som andre arbeidsgivere når det gjelder å komme i inngripen med de sykmeldtes fastlege. Vi har skrevet mye om dette andre steder, og har også foreslått nye metoder for hvordan NAV og fastlegene kan samarbeide for å få redusere behovet for kontakt mellom arbeidsgivere og leger (se Ose et al., 2013).

Vi kommer også tilbake til dette i kapittel 6, der vi ser på sykelønnsordningen inkludert bruk av egenmeldinger. I kapittel 7 ser vi på virkemidlene i IA-avtalen, blant annet sykefraværsoppfølgingsregimet (indirekte virkemiddel). Der kommer det blant annet frem at over halvparten av personallederne mener det har stor effekt på sykefraværet at legen deltar på dialogmøte 1. Det stemmer godt med det som har kommet frem i intervjuene – lederne mener legene er sentrale i sykefraværsarbeidet.

### 3.8 Samarbeid med NAV

De fleste kommuner sier at rapporteringen til NAV er krevende og at de ikke ser hensikten med denne rapporteringen. En relativt nytilsatt personalsjef gikk inn og så på tidsbruk for de forskjellige oppgavene:

*Vi fant noen store belastninger for arbeidsgiversiden, spesielt rapporteringssystemet. I den lille kommunen her så bruker vi, ja når jeg satt og regnet på timene, så fikk jeg sjokk. For det er ikke tull at vi bruker, jeg veit ikke om jeg tørr og si det, men vi bruker i hvert fall et månedsverk per år på å rapportere. (Personalsjef, liten kommune)*

*... selve rapporteringsbiten har ingen funksjon for den jobben det er med å få folk tilbake i arbeid igjen. (Personalsjef, liten kommune)*

*...og det er jo så tungvint og det er lagt opp etter NAV sitt system, for du som arbeidsgiver sitter ikke automatisk med alle disse her personopplysningene. Det er så tungvint og du får ikke rapportert mer enn på en person om ganger og da kan du ikke dele og fylle ut ett skjema som du kan kopiere inn i andre skjema. Du må skrive alt på nytt og du skal sitte og rapportere på 8 til 10 personer på en gang på alle disse her oppfølgingssamtalene som du har hatt. For det er ikke bare dialogmøte 1, men alle oppfølgingssamtalene skal jo rapporteres inn. (Personalsjef, liten kommune)*

Noen få av informantene sier at rapporteringen går greit, men de aller fleste i utvalget er misfornøyd med dette systemet. Vi spør om hvordan samarbeidet med NAV generelt fungerer, og informantene svarer veldig forskjellig når det gjelder opplevelse av samarbeidet med NAV lokalkontor.

Særlig de små kommunene som er samlokalisert i felles fysiske lokaler sammen med NAV lokalkontor, for eksempel i rådhuset eller i et bygg i umiddelbar nærhet, forteller om et nært og godt samarbeid med NAV lokalkontor. Informantene fremhever at det er positivt at det er kort fysisk avstand og at terskelen til å ta kontakt og snakke sammen om enkeltsaker når det er et behov er lav.

*Kontakten med NAV er bra. Flink til å delta på møter og følge opp i enskilde saker (Personalleder, liten kommune).*

*Kjenner alle saksbehandlere og har tett og god kontakt med dem. Høy grad av tillit som gjør at vi kan snakke godt (Personalleder, liten kommune)*

*Vi har åpen dør og dialog når vi har behov for det, der og da. De er også med på halvårlege møter med IA rådgiver osv. (Personalleder, liten kommune).*

*Samarbeidet fungerer bra. Vi kommuniserer greit og kan ta kontakt med hverandre. (Personalleder, liten kommune).*

*NAV og kommunen samarbeider både i forhold til egne ansatte og i forhold til å gi arbeidspraksis til personer som trenger det. (Personalleder, liten kommune).*

*NAV deltar i månedlige IA-samtaler. Meget godt samarbeid også om tiltak og rådgivning. (Personalleder, liten kommune).*

I de minste kommunene blir det fortalt at leder for NAV lokalkontor også ofte inngår som en representant i rådmannens ledergruppe, og deltar i diskusjonene om strategiske satsinger innenfor IA og HMS.

En mellomstor kommune mener at NAV lokalkontorene har blitt mindre tilgjengelig etter NAV reformen:

*Tror egentlig det var bedre før vi fikk NAV fordi det ble så lukket. Jeg skjønner jo at de måtte beskytte med sånne låsekort osv. Før så gikk vi mye mer inn i hverandre (Personalleder, mellomstor kommune).*

En stor kommune har løst samarbeidet med NAV slik:

*Våre ledere i kommunen har lov til å ta direkte kontakt med veilederne fra NAV her lokalt, og det er en kjempefordel. Så samordne oppfølgingsarbeidet i forhold til muligheter og veien videre og ja inn i oppfølging av den enkelte. (Personalleder, stor kommune)*

De fleste kommunene sier at NAV lokalkontor er nøye med å innkalle til dialogmøte to. Noen sier at det er varierende hvilken kompetanse NAV har i arbeidet med å koordinere et slikt møte. De fleste informantene sier også at de er tvilende til at dialogmøtet har noen effekt.

*I hvor stor grad dialogmøtene og møtene virker, er jeg litt tvilende til. Jeg tror nok at det er nyttig og få lov til å sette seg ned og drøfte sin situasjon i forhold til den arbeidsplassen man har og hvordan skal man klare å fortsette i arbeid og hvordan skal man klare å komme tilbake. Og NAV er jo flink til og komme med innspill om tiltak som kan brukes for tilretteleggingstilskudd. Forslag til hvordan man kan lage en oppfølgingsplan... men hvor stor effekt det har, er jeg litt tvilende til. (Lege BHT, relativt liten kommune).*

En kommune, som vanligvis har tatt med NAV på dialogmøte i regi av arbeidsgiveren, har nå fått beskjed om at NAV ikke kan prioritere disse møtene mer:

*Nei, alle er ikke like flinke. Den største unnasluntrereren er NAV. Tidligere hadde vi også NAV lokal og vi ville gjerne ha NAV lokal med på dialogmøte 1, men nå har vi fått beskjed om at det ikke er prioritert område for dem, så de kommer ikke til å møte. (Personalsjef, liten kommune).*

Når vi intervjuet NAV veiledere vinteren 2013, var det flere som sa at de prøvde å bli med på Dialogmøte 1 når de hadde anledning. Mange mente også at dette var en viktig arena for å komme tidlig inn i sakene. Fordi det ikke er lovbestemt at de skal være med, er det sannsynligvis vanskelig å finne rom til å delta på disse møtene.

Mange personalledere sier også at de har et godt samarbeid med NAV-kontoret, men det er alltid noe som ikke er helt bra. Dette trenger ikke å handle om selve NAV-kontoret, men er ofte relatert til systemer og overordnede nasjonale retningslinjer.

I kartleggingen har vi spurt personallederne om de har en arena for regelmessig samarbeid med NAV lokalkontor. Svarene viser at det er rundt halvparten som har en slik arena, rundt 30 prosent svarer nei og resten svarer av og til. Dette betyr at i 30 prosent av kommunene ikke har en arena for regelmessig samarbeid med NAV-kontorene. Her ligger det sannsynligvis et stort potensial.

### **3.9 Oppsummering**

Kommunene fremstår i stor grad som inkluderende arbeidsplasser. Lederne jobber generelt hardt med både oppfølging av sykmeldte, forebygging og å bevare folk lenge i jobb. Enhetsledere opplever i stor grad at de har et samfunnsansvar for å beholde folk lenge i arbeidslivet. Et flertall av alle respondentene svarer at de har tro på IA-avtalen og særlig ansattrepresentantene. En av fem personalledere svarer at de ikke har tro på avtalen, mens like mange er usikre på om de har tro på avtalen. Vi tror dette i stor grad handler om misnøyen rundt rapporteringen til NAV ved 9-ukers sykmelding og at de opplever at arbeidsgivere har fått veldig stort tilretteleggingsansvar. At de ansatte oftere er fornøyd kan handle om rettighetene som er oppnådd gjennom avtalen uten at

pliktene på ansattssiden er vesentlig endret som følge av IA-avtalen. For arbeidsgiversiden betyr IA-avtalen et klart større ansvar for de ansatte.

Det er nok noen kommuner og enheter som har mer å gå på i forhold forebygging, tilrettelegging og oppfølging, men generelt ser det ut til at mulighetene som ligger på arbeidsplassen prøves ut. NAV oppleves generelt som at de krever mye av den enkelte kommune, men det er stor variasjon mellom NAV veiledere og NAV kontor om hvor langt de mener arbeidsgivers tilretteleggingsplikt går. Dette er et stort diskusjonstema mange steder.

I personalarbeidet er det flere kommuner som strammer inn praktisering av kommunens permisjonsregler ved langvarig sykefravær. En av fire personalledere sier at de gir kortere permisjonstid etter at sykepengerettighetene er brukt opp nå enn tidligere. Holdningen er at det er bedre å hjelpe folk raskere videre over i noe nytt, enn at de har en permisjon i mange år fra en stilling som de ikke kan komme tilbake i. Regelverk, virkemidler og samarbeidet med NAV fremstår som et potensial for utvikling i slike saker.

Når forhold utenfor jobben er årsak til at sykefraværet, har arbeidsgiveren få virkemidler å sette inn. De aller fleste personallederne mener arbeidsgiver må være i stand til å se hele mennesket, samtidig som det er viktig å ha en tydelig grense for hvor mye man skal involvere seg i privatlivet til de som blir sykmeldte.

Vi har ikke funnet noen betydelige forskjeller mellom kommunene og andre arbeidsgivere når det gjelder erfaringer med fastlegene, men det er sannsynligvis riktig at legene har større forventninger til hva en kommune kan klare av tilrettelegging og tilpasninger, enn til andre arbeidsgivere.

Vi finner også at mange kommuner kan bli flinkere til å utnytte sin egen organisasjon for å skape flere muligheter for de med lav jobbmobilitet. KS bør satse på å få sterkere virkemidler for å bli mer fleksible både i forhold til sykmeldte og inkludering. Inkludering koster. Kommunene har sannsynligvis mange med lav jobbmobilitet som heller enn å skifte jobb, blir sykmeldt. Økt intern jobbmobilitet kan være en tanke, men kommunene er kompetansearbeidsplasser som krever fagfolk i stillingene.

Et inkluderingsbudsjett kan være det kommunene trenger for å redusere sykefraværet. Noe som kan brukes i å gi lønnsmidler til enhetene om de tar inn en person på utprøving, kanskje opprette en del hjelpestillinger innen renhold, flere assistenter i sykehjem og barnehager som har hjelpeoppgaver osv. Dette vil kunne avlaste andre mye. Et eksempel: sykepleiere og hjelpepleiere går rundt og gjør renholdsoppgaver på sykehjemmene fordi det nå er en person som vasker hele sykehjemmet (i tillegg til tre andre sykehjem), mot kanskje tidligere tre faste renholdere på samme sykehjem. På en skole vasker lærerne gardenene på skolen hver sin gang, heller enn at det finnes en person som har slike oppgaver. Vaktmestertjenestene er redusert til et minimum, slik at mange steder forfaller bygningsmassen til kommunene. Flere vaktmestere kunne vært en stor besparing om man begynte å se helhetlig på dette.

Problemet er at pengene kommer fra ulike budsjett. Kommunebudsjettet og folketrygden ses ikke i sammenheng. Kommunene kunne gjort mye om de fikk midler til inkludering, dette er store arbeidsplasser og besparelsene for folketrygden kunne vært betydelige. Vi foreslår et prøveprosjekt der noen kommuner får en stor pott (summen av alle enkelttilskudd de i dag får gjennom

tilretteleggingstilskudd og andre tilskudd) for å se om dette kunne lette inkluderingsarbeidet. Utfordringen er selvsagt at dette veldig lett slukes i driftsrammen.

Mange prosjekter settes i gang, men det er usikkert hvor stor varig effekt de har på sykefraværet.

Det store fokuset på sykefravær utfordrer inkluderingsviljen. Det sterke opplevde og praktiserte samfunnsansvaret på enhetsnivå og på personalledernivå, demper tendensene til lavere inkluderingsvilje.



## 4 Kobling mellom HMS-arbeid og IA-arbeid

### 4.1 Innledning

Problemstillingen som diskuteres i dette kapitlet er:

På hvilken måte kan en tydeligere kobling mellom HMS-arbeid og IA effektivisere avtalen?  
Hvilke utfordringer er knyttet til fordeling av roller og ansvar?

I den siste evaluering av IA-avtalen fikk koblingen mellom HMS-arbeid og IA stor oppmerksomhet, og vi så blant annet på i hvilken grad virksomhetene klarte å integrere IA-arbeidet i det generelle HMS-arbeidet (Ose et al., 2013b). Vi starter her med oppsummeringen av funnene fra evalueringsarbeidet.

Helt siden Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv ble inngått mellom partene og myndighetene første gang i oktober 2001, har det vært en forutsetning at arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv skal være en del av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid/HMS (NOU 2004:5).

Tanken er at resultatene av et godt IA-arbeid skapes i den enkelte virksomhet, og at gode resultater er avhengig av et sterkt ledelsesengasjement, og et systematisk samarbeid mellom arbeidsgiversiden, tillitsvalgte og vernetjenesten. Å integrere IA-arbeidet i en allerede eksisterende HMS-strategi er ment å understøtte en slik måte å jobbe på, gjennom å bringe ledelsen og vernetjenesten tettere sammen. HMS-systemet blir dermed et virkemiddel som skal bidra til realiseringen av IA-avtalen.

Selv om HMS-arbeidet ble fremhevet også i den forrige IA-avtalen (2006-2009), er koblingen mellom HMS- og IA-arbeidet enda klarere uttrykt i den siste avtalen. Nåværende avtale sier:

IA-innsatsen for å redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall skal forsterkes og målrettes gjennom sektorvis/bransjerettede/næringsvise satsinger på nasjonalt, regionalt og/eller fylkesnivå der utgangspunktet er sektorens/-bransjens/næringens forutsetninger og utfordringer når det gjelder sykefravær og forebyggende HMS-arbeid.

For å understreke koblingen mellom HMS og IA ytterligere, sier avtalen også:

HMS/IA-arbeidet forutsetter langsiktighet, og at arbeidsgiver sørger for at linjeledelse, arbeidsledere, tillitsvalgte og verneombud har den kompetansen som er nødvendig for å utføre arbeidet. Det må være bred medvirkning fra de ansatte med partsrepresentasjon i de utvalg virksomheten har i forbindelse med dette arbeidet.

Både i protokollen og i Samarbeidsavtalen er denne koblingen viktig, se mer i Ose et al., 2013b. Her er også HMS-forskriften og relevante deler av arbeidsmiljøloven diskutert.

Alternativt til at HMS-systemet anses som virkemiddel som skal bidra til realiseringen av IA-avtalen, kan en vurdere IA-arbeidet som en utvidelse av HMS-arbeidet. Med utgangspunkt i det systematiske langsiktige arbeidet med helse, miljø og sikkerhet kan en legge til inkludering og tilrettelegging for de

med helseproblemer. Tilrettelegging er ikke en del av det tradisjonelle HMS-begrepet, og Arbeidstilsynet sier for eksempel i intervju at de på grunn av IA-avtalen har blitt mer oppmerksom på tilrettelegging, og ikke bare forebygging som tradisjonelt har vært deres fokus. Så mens HMS er å arbeide langsiktig og systematisk for å hindre at folk blir syke, kan IA-arbeid være det som gjøres om folk får helseproblemer og trenger tilrettelegging. Dette er i tråd med slik de fleste kommunene ser koblingen.

Sykefravær er eksplisitt med i Internkontrollforskriften, og ligger dermed i HMS-arbeidet fra før. I tillegg til Arbeidstilsynet er også bedriftshelsetjenestene sentrale i HMS-arbeidet. Etter lovendringen om at BHT skal delta på dialogmøte 1, har naturlig nok BHT sin rolle i stor grad vært nært knyttet opp mot sykefravær, kanskje på bekostning av bistand til virksomhetene på HMS-området.

Den største effekten av å integrere IA-arbeidet i virksomhetens HMS-system, er sannsynligvis at man kobler noe som tradisjonelt hører til personalsystemet (oppfølging av sykmeldte, inkluderingsarbeid, seniorer) inn i virksomhetens systematiske og langsiktige HMS-arbeid. Virksomhetene kan dermed oppnå både en styrking av IA-arbeidet og av HMS-arbeidet, ved å integrere IA-arbeidet godt i det eksisterende HMS-arbeidet.

Verneombudet regnes som en av de ansattes tillitsvalgte i Arbeidsmiljøloven, men i IA-avtalen er begrepet "tillitsvalgt" knyttet til de tillitsvalgte fra arbeidstakerorganisasjonene. Uansett er verneombudet en representant for de ansatte, og er tradisjonelt den som følger med på at virksomheten oppfyller sitt HMS-ansvar. De tillitsvalgte fra arbeidstakerorganisasjonene har tradisjonelt hatt rollen i forhold til lønns- og pensjonsspørsmål, og andre forhold nærmere knyttet opp mot de ansattes rettigheter og dermed opp mot personaltjenestene i virksomhetene. Vi fant i evalueringen at mange tillitsvalgte ikke er godt informert om koblingen mellom HMS-arbeidet og IA-arbeidet i egen virksomhet, og dette kan bety at det fortsatt er verneombudene som tar seg av HMS-arbeidet, uten å koble på de tillitsvalgte i en del virksomheter. Dersom IA-avtalen bidrar til en bedre kobling mellom tillitsvalgtes arbeid og verneombudenes arbeid, vil dette kunne ha stor betydning for det helhetlige, langsiktige og systematiske arbeidet i den enkelte virksomhet.

Vi finner at over 60 prosent av lederne i et utvalg på 1 000 IA-virksomheter (der vi har informasjon både fra 2008 og 2012), sier de mener at IA-arbeid egentlig er det de alltid har gjort innenfor HMS, sammenlignet med 40 prosent i den forrige evalueringen. Dette kan bety at flere ledere og tillitsvalgte nå ser sammenhengen mellom IA og HMS bedre, men det kan også være et resultat av det sterke fokuset som har vært på oppfølging av sykmeldte i perioden. Sykefravær er en del av HMS-arbeidet, men det gjelder ikke for delmål 2 og 3 i IA-avtalen.

Vi finner også at nesten 90 prosent av lederne i IA-virksomhetene i utvalget svarer at de har godt innarbeidede HMS-rutiner. Blant de samme 1 000 IA-virksomhetene som svarte i 2008, finner vi en liten økning i antall virksomheter som sier de har godt innarbeidede HMS-rutiner, men dette er ikke en nøyaktig måling. Ikke alle tillitsvalgte er enige i lederens vurdering, men andelen av de tillitsvalgte som mener at de har godt innarbeidede HMS-rutiner er likevel høy - 76 prosent i 2012. Også blant de tillitsvalgte observerer vi at noen flere virksomheter nå svarer at de har godt innarbeidede HMS-rutiner.

Likevel, nesten hver fjerde virksomhet i utvalget har en jobb å gjøre før de ansatte og lederne er enige i at rutinene er på plass, og at de er godt innarbeidet. Det er kun små forskjeller mellom

sektorer og næringer, og vi finner generelt ingen systematisk sammenheng verken etter sektor eller næring. Det er noe systematikk i variasjonen når vi ser på hvor mange ansatte virksomheten har, og generelt tyder svarene på at HMS naturlig nok har større plass i store virksomheter.

Dersom IA-begrepet begrenses til å handle om oppfølging av sykmeldte og tilrettelegging, og ikke så mye om forebygging og langsiktighet, blir det vanskelig å integrere IA-arbeidet som en fullverdig del av HMS-arbeidet. Om man tenker forebygging og inkludering i et større og lenger perspektiv, er man sannsynligvis mye nærmere en logisk kobling. I IA-avtalen ligger kanskje et potensial for i større grad å se både HMS, internkontroll, kvalitetssystemer og personalpolitikk bedre i sammenheng, men det er trolig stor variasjon i hva som skal til for å få dette til i ulike virksomheter.

I evalueringen av IA-avtalen anbefalte vi en klarere rolledeling mellom tillitsvalgte og verneombud i HMS- og IA-arbeidet: Å få inn forebyggingsperspektivet i IA-avtalen gjennom HMS-arbeidet, er sannsynligvis riktig vei å gå. Men partene og myndighetene må nå ta en diskusjon om rollene til tillitsvalgte og verneombud rundt IA-avtalen. Her er mye uklart, og det er ikke sikkert det er en god idé at de tillitsvalgte skal ha en stor rolle i HMS arbeidet. Dette er verneombudets tydelig definerte rolle i følge arbeidsmiljøloven. At de skal få rammer til å samarbeide i større grad med verneombudene for å integrere IA-arbeidet i HMS-arbeidet er kanskje en mer logisk tilnærming. Det handler om systematisk og langsiktig arbeid.

## 4.2 Tidligere forskning

Det finnes lite tidligere forskning og kunnskap om koblingen mellom HMS og IA, og særlig i forhold til kommunene. I SINTEFs første evaluering av IA-avtalen i 2009 (Ose et al. 2009) ble temaet IA/HMS gitt relativt mye oppmerksomhet. Vi fant at mens det for noen virksomheter er en selvfølge at IA-delmålene er en integrert del av et godt og målrettet arbeidsmiljø-/HMS-arbeid, så var det i andre virksomheter en svakere kobling mellom IA og HMS. Den faktoren som i stor grad skiller virksomheter som får dette til, fra de som ikke får det til, er i hvilken grad de har gode systemer for systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i utgangspunktet. Ikke alle har gode eksisterende systemer, og da blir koblingen mellom IA og HMS vanskelig. I forrige evaluering fant vi også at IA-arbeidet i stor grad defineres som arbeid med oppfølging av sykmeldte, og at selv om dette er en del av personaloppfølgingen og personalpolitikken, mente respondentene at det var en naturlig kobling mellom IA og HMS.

Evalueringen viste videre at 85 prosent av IA-virksomhetene oppga at de hadde godt innarbeidede HMS-rutiner. Andelen var høyest i statlig og privat sektor (87 prosent i begge) og noe lavere i fylkeskommunal og kommunal sektor (83 prosent i begge). Noen færre svarte at de hadde forankret IA-arbeidet i HMS-arbeidet. Igjen lå statlig sektor høyt, men dette gjaldt også for mange i fylkeskommunal sektor. Den laveste andelen fant vi i kommunene, men forskjellene var heller ikke her store. Vi fant videre at tillitsvalgte deltok i utviklingen av HMS-arbeidet i mange av virksomhetene (nærmere 80 prosent). Vi fant at virksomhetsstørrelse hadde en betydning når det gjaldt HMS og integrering av IA-arbeidet i HMS-arbeidet. Både sannsynligheten for å ha godt innarbeidede HMS-rutiner, sannsynligheten for at IA-arbeidet var godt forankret i HMS-arbeidet og sannsynligheten for at de tillitsvalgte deltok i utviklingen av HMS-arbeidet, økte systematisk med størrelsen på virksomhetene.

Forrige evaluering viste også at selv om de tillitsvalgte er arbeidstakersidens representanter i IA-avtalen, var det merkelig at verneombudene ikke hadde fått en definert rolle i IA-arbeidet når avtalen sa at arbeidet skulle integreres i virksomhetens HMS-arbeid.

Fafo gjennomførte i 2009 en kartlegging av HMS-arbeidet i norske virksomheter (Andersen et al. 2009). Viktige spørsmål som ble undersøkt var i hvilken grad virksomhetene gjennomfører systematisk HMS-arbeid i praksis, og om etablerte rutiner faktisk fører til tiltak og forbedringer i virksomhetene. Ett av funnene var at virksomheter som har inngått IA-avtale i større grad oppgir å ha et HMS-system som er innført og i bruk. Forfatterne mener dette ikke er overraskende, i og med at mange virksomheter virker å se IA- og HMS-arbeidet som to sider av samme sak. Videre finner de at IA-virksomheter i større grad enn virksomheter uten IA-avtale, har gjennomført ulike HMS-tiltak, blant annet når det gjelder opplæring av daglig leder. Forfatterne finner videre at IA-virksomheter oftere har både verneleder, verneombud, AMU og BHT, sammenlignet med virksomheter uten IA-avtale. I tråd med Ose et al. (2009) finner også Andersen et al. (2009) at virksomhetene i liten eller ingen grad skiller mellom HMS-arbeidet og IA-arbeidet. Samtidig er det, som forfatterne selv er inne på, viktig å huske på at påvirkningen mellom HMS-arbeidet og IA-arbeidet kan gå begge veier, og at det ikke nødvendigvis er slik at det er HMS-systemet som legger fordelaktige føringer for IA-arbeidet. Man kan like gjerne tenke seg at et godt IA-arbeid innvirker positivt på et eksisterende HMS-system.

Det finnes forskning som viser at det er en sammenheng mellom HMS-arbeid og hvor inkluderende en virksomhet er, målt på ulike måter. Ifølge Campbell (2007) kan eksistensen av et HMS-system i seg selv tolkes som en indikasjon på at en virksomhet gjør seriøse forsøk på å opptre sosialt ansvarlig, ved å følge loven og forplikte seg til å sikre et godt arbeidsmiljø. Amick et al. (2000) er inne på noe av det samme, knyttet til funn de har gjort som viser at en virksomhets sikkerhetsfokus kan betraktes som en del av en virksomhets organisatoriske praksis, der aktiviteter knyttet til sikkerhet og forebygging blant annet henger sammen med innsatsen for å redusere forekomsten av arbeidsuførhet. Martin (2005) fant at graden av profesjonalisering av *Human Resource Management*-aktiviteter (HRM) i en virksomhet, påvirket positivt sannsynligheten for at virksomheten samtidig deltok i ulike programmer med en sosial profil.

Markel og Barclay (2009) påpeker at HRM-aktiviteter, som et eget fagområde i en organisasjon, vil representere en ressurs i det arbeidet som gjøres overfor funksjonshemmede, gjennom den praksis og kompetanse som er tilgjengelig innenfor et slikt HR-apparat. Videre har Bredgaard (2004) funnet at eksistensen av arbeidsmiljøtiltak i en virksomhet, er en viktig indikator på at den ivaretar sitt interne sosiale ansvar (for eksempel i form av tilrettelegging og inkludering).

Basert på denne forskningen vil en rimelig antakelse være at virksomheter som har et godt utviklet HMS-system har en erfaring og en kultur som kan være gunstig med tanke på implementeringen av samarbeidsavtalene ute i virksomhetene. Virksomheter som jobber systematisk med HMS, vil være kjent med viktigheten av forebygging, tilrettelegging og oppfølging av ansatte. Innholdet i IA-avtalen vil sannsynligvis være mindre "fremmed" for ledere og ansatte i disse virksomhetene, sammenlignet med virksomheter som ikke prioriterer HMS- og arbeidsmiljøarbeid. Et velfungerende HMS-system vil også kunne legge til rette for et mer *ressurseffektivt* arbeid med IA-avtalen i virksomhetene, siden IA-arbeidet da skjer innenfor et eksisterende rammeverk som er forankret i organisasjonen. Virksomheter som integrerer IA-arbeidet i HMS-arbeidet vil med andre ord ha noen gunstige forutsetninger for å følge opp IA-avtalen i sin organisasjon. I hvilken grad det faktisk er de samme

virksomhetene som har kommet lengst når det gjelder å operasjonalisere og etablere de ulike resultat- og aktivitetsmålene er et empirisk spørsmål, og dette er ett av spørsmålene vi så nærmere på i evalueringen.

Både sannsynligheten for å ha godt innarbeidede HMS-rutiner, sannsynligheten for at IA-arbeidet er godt forankret i HMS-arbeidet og at de tillitsvalgte deltar i utviklingen av HMS-arbeidet, øker systematisk med størrelsen på virksomhetene. Dette er helt tilsvarende erfaringer gjort ved innføring av systematisk HMS-arbeid på nittitallet, og det gjelder på tvers av bransjer og sektorer (Saksvik, Torvatn & Nytrø, 2003).

Verneombud og tillitsvalgte har som nevnt ikke hatt tydelige roller i IA-arbeid. Verneombud var ikke nevnt i de første rundene med IA-avtaler og verneombudene selv ser på IA-arbeid som noe som er ledelsens ansvar i større grad enn deres (Torvatn, Forseth & Andersen, 2007). Verneombudene har tradisjonelt fokusert på sikkerhet, i form av plutselige hendelser og på det fysisk-kjemiske arbeidsmiljø. Dette følger av opprinnelsen til ordningen som var tradisjonell industri og byggfag allerede på femtitallet, fremveksten av offshore har om noe styrket dette fokuset. Forhold knyttet til sykmelding, til organisatorisk og psykososialt arbeidsmiljø har hatt mye mindre oppmerksomhet hos verneombud. I kommunal sektor med relativt svakere tradisjon for verneombud er selvfølkelig utfordringene med å inkludere verneombud enda større. Undersøkelse av verneombudene (ibid) viser at det er relativt lite konflikt med tillitsvalgte om ansvar og roller, men det er også klart at IA-arbeid som faller utenfor det tradisjonelle området til verneombud, er et sted slike konflikter lett kan oppstå. I kommunal sektor som relativt sett har sterkere fagforeninger enn verneombud, er konfliktområdet potensielt større enn i privat sektor.

## **4.3 Resultater**

Her går vi gjennom resultatene fra intervjuene og spørreskjemaundersøkelsen, se kapittel 1.4-

### **4.3.1 HMS-arbeid i kommunene**

Selv om vi finner at det er små forskjeller i hvordan virksomheter i ulike sektorer svarer i forhold til det å ha godt innarbeidede HMS-rutiner, er det mulig at tersklene for å si at et HMS-arbeid er godt varierer mellom ulike typer virksomheter. Dette har også sammenheng med at det er ulikt hva som inkluderes i HMS begrepet i ulike sektorer.

Det mulig at kommunene har en annen terskel for å kalle et HMS-arbeid for godt enn for eksempel en industribedrift vil ha. Dette har sammenheng med at HMS begrepet og hele arbeidsmiljøloven har blitt etablert ut i fra industrien. Det er gjort lite for å tilpasse lovene og forskriftene til en kommunal hverdag og det er ganske mye som ikke er relevant i kommunal tjenesteproduksjon, men som er svært viktig i industriell produksjon.

For å få mer informasjon om kommunalt HMS-arbeid, har vi spurt respondentene i kommunene om hva de legger i begrepet HMS-arbeid. Dette er formulert som et åpent spørsmål.

#### **4.3.1.1 HMS-arbeid i følge personalledere**

Av de 203 personallederne som har svart på undersøkelsen, er det 184 som har svart på dette åpne spørsmålet "Hva legger du i begrepet HMS-arbeid?".

Mange har naturlig nok svart "Helse, miljø og sikkerhetsarbeid", som jo er et korrekt svar. Det er ellers en del variasjoner rundt dette, mens flere har et mer utvidet begrep om HMS:

*HMS dreier seg om gode og sikre arbeidsvaner, klare ansvarsforhold, godt samarbeid på alle plan, ryddige lokaler og tjenester som gir kvalitet i arbeidet og gir gode resultater. Jf arbeidsmiljøloven, Internkontrollforskriften og IA-avtalen.*

*Systematisk arbeid der målet er gode og sikre arbeidsrutiner/arbeidsvaner, klare ansvarsforhold, god ledelse, godt samarbeid, ryddige og trygge arbeidsplasser, fokus på gode resultater og kvalitet ut til tjenestemottaker.*

Kvalitet i tjenestene er sentralt i kommunale tjenester. Vi har tidligere funnet at det ofte er en dårlig kobling mellom HMS arbeidet og kvalitetsutviklingsarbeidet som gjøres i kommunene (Ose, Brattlid et al., 2011). Det blir ofte separate løp og systemer, som ofte i liten grad er integrert. En del av personallederne knytter kvalitetsbegrepet til HMS-begrepet:

*Tydelig ledelse og ansvarfordeling- klare arbeidsforhold. Gode og sikre arbeidsvaner, godt samarbeid, ryddige lokaler, sikre at tjenestene som leveres er av en god kvalitet. Systematisk HMS arbeid = sunn fornuft satt i system. Gjelder både interne og eksterne forhold.*

*Godt arbeidsmiljø i tråd med gjeldende lover, forskrifter og veiledninger. Hos oss samlet i KvalitetsLosen - interne årlige prosedyrer for plan og rapport av HMS - basis med internkontroll med systematisk kartlegging og risikovurdering av psykososiale og fysiske arbeidsforhold.*

*Omgrepet tyder Helse, miljø og sikkerhet/tryggleik. I vår kommune har me frå 2012 omarbeidd HMS-retningslinjene våre til å heite HMSK-handbok. K-en står for kvalitet. Me er opptatt av at me skal tenkje kvalitet og risiko på alt me føretar oss og erfarer at det i praksis er vanskeleg å skille HMS-tema frå kvalitet på tenester.*

De to siste sitatene tyder på at disse to kommunene har fått til å integrere arbeidet med kvalitet i HMS-arbeidet.

Det er variasjon i hvem respondentene mener har ansvar for HMS. Noen mener HMS er et felles ansvar for alle ansatte i kommunen, mens andre mener dette er arbeidsgiveransvar:

*Helse - miljø og sikkerhet er et felles ansvar for alle ansatte i kommunen, meget viktig.*

*At arbeidsgiver arbeider for at bedriften har god helse - gjennom tydelige roller og forventninger med forutsigbarhet i arbeidssituasjonen slik at arbeidsmiljøet oppleves som trivelig og at arbeidstakere ikke utsettes for fare.*

Mens flere personalledere altså har knyttet kvalitetsarbeidet til HMS begrepet, er det også noen som trekker riktig bruk av kompetansen inn i HMS-begrepet:

*Arbeid med å ha eit forsvarlig arbeidsmiljø og eit miljø der tilsette opplever å ha ein god arbeidsplass der deira kompetanse vert nytta og set pris på.*

Noen gir også uttrykk for at de mener det kanskje er et begrep som holder på å flyte litt ut:

*Alt arbeid som gjøres i og rundt arbeidsplasser, som er nedfelt i Arbeidsmiljøloven, men også forhold utover det som går på kvalitet, sikkerhet, m.m. Egentlig er det er veldig stort felt,- kanskje for stort og utydlig - har det tatt overhånd.....?*

Det er også flere som er inne på dette om at det ikke er alt som oppleves som like relevant:

*Pålagt arbeid av myndighetene for å tilfredsstille pålagte lovkrav. Noe er positivt, noe er bortkastet arbeid.*

Andre er mer positive og mener at dette er noe av det aller viktigste arbeidsgiveransvaret:

*Mye rutiner, rapportering og dokumentasjon. Men det viktigste er å lære av avvik, gjøre forbedringer, gjennomføre ROS analyser der alle er involvert.*

Vi ser videre på hva hovedverneombudene i kommunene legger i begrepet.

#### **4.3.1.2 HMS-arbeid i følge Hovedverneombud**

Av 152 Hovedverneombud er det 142 personer som har svart på spørsmålet. En del har svart "Helse, miljø og sikkerhet" også her, men andre er mer utdypende slik at vi kan se hva de faktisk inkluderer i HMS begrepet:

*Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger. Trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet. Legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. Bidra til et inkluderende arbeidsliv. Partene i virksomhetene skal ivareta og utvikle sitt eget arbeidsmiljø.*

Respondenten har inkludert svært mye i HMS-arbeidet. Her ligger både ansettelsesforhold og rettferdighet (tradisjonelt en del av tillitsvalgtrollen) og tilrettelegging og inkludering som har kommet gjennom IA-avtalen.

En av grunnene til at respondentene har vansker med å definere grenser for hva som ligger innenfor HMS-arbeidet, er sannsynligvis knyttet til følgende:

*Alle saker som har betydning for arbeidsmiljøet.*

*Alt som handler om den enkelte arbeidstakers forhold på sin arbeidsplass- med unntak av lønnsmessige (og delvis arbeidstidsmessige) forhold. Både fysiske og organisatoriske/psykososiale forhold.*

*Sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon.*

*Helse miljø og sikkerhet, det berører jo alt på en arbeidsplass.*

*Alle ansatte skal ha et godt arbeidsmiljø. Trivsel, ikke mobbing, ta opp uklarheter der og da, åpen dialog med alle, daglig kontakt med leder, føle trygghet.*

Hvem de mener har ansvaret for HMS, varierer lite mellom hovedverneombudene og svarene går stort sett i følgende retning:

*Hvor alle ansatte og ledelsen samarbeider om å sikre et helsefremmende arbeidsmiljø som gir full trygghet for psykiske og fysiske skadevirkninger. Og samtidig ivaretar den enkelte sin verdighet.*

En respondent mener de har funnet ut hva som trengs for å få effekt av HMS-arbeidet:

*Kommunikasjon! Hovedårsaken til at HMS systemene går i oppløsning er: Vi melder inn avvik, situasjoner, og hendelser. MEN, vi får ikke svar. Derfor har vi innført tilbakemeldingsgarantien. ALLE som melder inn saker SKAL ha svar, og så sant teknisk mulig med: Tiltak, Ansvarlig og Tidsfrist. Dette fungerer utrolig bra. Slik konkret kommunikasjon er hjerte, lunger og blodomløp i all HMS.*

#### 4.3.1.3 HMS-arbeid i følge Hovedtillitsvalgte

Alle de hovedtillitsvalgte vet naturlig nok også hva HMS arbeid står for, men det er variasjon i hva de inkluderer i begrepet, men de svarer mye av det samme som verneombudene er inne på:

*At det skal fokuseres på at arbeidstakere ikke skal skade seg på jobb, at det skal være et godt arbeidsmiljø og at det skal tilrettelegges sånn at man kan unngå sykemelding så langt det lar seg gjøre*

*HMS er for meg trivsel, i ett godt miljø - hvor jeg får brukt mine evner, tilpasset arbeidsoppgaver og arbeidskollegaer, samt være trygg - både psykisk og fysisk, på arbeidsplassen.*

*Et kjent begrep. De årlige HMS rundene har stort fokus på sikkerhet og "synlige" risiko. Litt svakere når det gjelder andre underliggende årsaker.*

*Ha systemer og rutiner for at ingen skal bli skadet på jobb.*

*Legge til rette for en trygg og trivelig arbeidsplass. Sørgje for at arbeidstakerne har det utstyret de trenger osv. Helse, miljø og sikkerhet er avgjørende for trivsel og gode resultater.*

*Alle tiltak som går på trivsel og trygghet i arbeidsforholdet.*

*Sikre en god og trygg arbeidsplass, og sørge for at rutiner er beskrevet og blir fulgt opp.*

HMS-begrepet er altså vidt forstått blant både personalledere, hovedverneombud og hovedtillitsvalgte.

Vi har også forsøkt å kartlegge hva de samme respondentene legger i IA-begrepet.

#### 4.3.2 IA-arbeid i kommunene

Når vi spør respondentene hva de legger i IA-begrepet, finner vi at svarene er mye mer homogene.

##### 4.3.2.1 IA-arbeid i følge personallederne

*Arbeid med å inkludere personer i vår organisasjon, enten de er på arbeidsutprøving eller allerede tilsatt, på tross av evt. helseproblemer eller andre problemer som gir utfordringer i arbeidsforholdet.*

*Forebyggende arbeid med sikte på oppnåelse av målene i IA-avtalen*

*Mye..... egentlig alt vårt HMS-arbeid, men kanskje spesielt arbeidet med de tre punktene som står i IA-avtalen*

*Inkluderende i vid forstand. Det betyr at vi tar inn mange og legger til rette med tilpassede arbeidsoppgaver. Vi prøver å legge tilrette for tilpasset arbeid ved sykdom. Mener vi følger rimelig godt opp. MEN vi har hele tiden et fokus på at det ikke må gå utover de andre/resten av arbeidsmiljøet. Jobben må gjøres.*

*Arbeid med reduksjon av sykefravær og arbeid med seniorpolitikk.*

*Oppfølging av arbeidstakere og arbeidsmuligheter*

*Inkludere ansatte som er ute i fravær, eller av andre årsaker har behov for tilrettelegging i jobben for å stå i den uten å bli sykemeldt.*

*Jobbe med arbeidsmiljø - både psykososialt og fysisk - på en systematisk og målrettet måte*

*Oppfølging og tilrettelegginga av sykmeldte.*

*Oppfølging av sjukemeldte. Arbeid med å førebygge sjukefravær. Arbeide med arbeidsmiljøet for alle tilsette.*



*Oppfølging av den enkelte arbeidstaker før, under og etter sykefravær*

*Alt det arbeidet som er relatert til det å være et inkluderende arbeidsliv. Sykefravær/nærvær, arbeidsmiljø/HMS, inkludering/mangfold/tilrettelegging, Samarbeid/informasjonsdeling.*

*Arbeider aktiv gjennom tilrettelegging eller endring av arbeidsoppgaver for å beholde ansatte i arbeid til oppnådd aktuell aldersgrense for stillingene (ikke pensjonsalder).*

For personalledere handler IA-arbeid i praksis om oppfølging av sykmeldte, men flere legger også til HMS og de to andre delmålene i avtalen.

#### **4.3.2.2 IA-arbeid i følge hovedverneombud**

*Oppfølging av sjukemelde, inkludering av funksjonshemmede arbeidstakere, tilrettelegging av arbeidsplasser*

*Forebygging/ansvarliggjøring av den enkelte sykemeldte til aktiv medvirkning*

*Det kontinuerlige arbeid på enhetene med oppfølging av sykemeldte, og arbeidet med å tilrettelegge før noen eventuelt blir sykemeldt*

*Inkluderende arbeidsliv. Få ansatte tilbake i jobb med tilrettelegging hvis det må til.*

*Prøve å tilrettelegge slik at arbeidstakere kommer raskere ut i arbeidslivet igjen, og ikke forblir sykmeldte.*

*Ivaretaking av alle tilsette - uansett ståstad og problemstilling!*

*Inkluderende arbeidsliv; at det skal være plass til alle, at arbeidet skal kunne tilrettelegges slik at også den som "feiler noe" skal kunne gjøre en meningsfull oppgave med ting han/hun kan klare. Men det går ikke an å tilrettelegge for alt og alle til enhver tid.*

*Inkluderende arbeidsliv er ett flott begrep med gode intensjoner og målsetninger, men som ikke fungerer i praksis*

*Hjelpe alle til en god arbeidsdag, få alle til å bruke den arbeidsevnen de har. Trur at alle kan noe uansett, la de få en trygghet og forståelse for at deres bidrag er viktig.*

*Få sykemeldte raskere tilbake til jobb.*

For hovedverneombudene er det et enda tydeligere fokus på oppfølging av sykmeldte, og da særlig som det siste sitatet viser – det å få sykmeldte raskere tilbake til jobb.

#### **4.3.2.3 IA-arbeid i følge hovedtillitsvalgte**

Hovedtillitsvalgte ser ut til å se IA-arbeid i et litt større perspektiv enn hovedverneombudene, og her får mange også med inkluderingsfokus:

*Arbeidet med tilrettelegging for (langtids) sykemeldte, inkludere funksjonshemmede i arbeid i kommunen.*

*IA-arbeidet er spissing av tilrettelegging av arbeidstilhøva for den einskilde, gruppa og faktisk heile det kommunale apparatet (knytt til forholdet arbeidsgjevar-/takar). Ein er i den samanheng heile tida medviten om både AML og dei forbundsvisse arbeids- og tariffavtalane. Gjer di plikt og krev din rett (også i forhold til sjuk- eller friskmelding).*

*"Arbeid for å holde lavt sykefravær, og for å tilrettelegge for at personer som ikke fungerer 100% i jobb kan fungere i jobb i kommunen.(Økt sysselsetting av arbeidstakere med redusert funksjonsevne.)*

*Arbeide for å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i jobb."*

*Inkluderende arbeidsliv: tilrettelegging for sykmeldte arbeidstakere slik at de kan jobbe etter at ting er tilrettelagt*

*Inkluderende arbeidsliv - man tar sikte på å øke nærvær og få maks ut av de ansattes arbeidskapasitet.*

*Være proaktiv, prøve å forebygge*

Svarene handler i stor grad om et individfokus, men som siste sitat illustrerer – er forebyggingsperspektivet også et viktig element i IA-arbeidet, da særlig med tanke på å forebygge sykefravær.

De tre foregående avsnittene viser at det er stor bredde i hva som defineres som IA-arbeid blant de ulike aktørene. Oppsummert kan vi si at IA-arbeid er en miks av følgende områder:

- Oppfølging av sykmeldte
- Tilrettelegging ved helseproblemer
- Inkludering
- Seniorarbeid
- Hindre utstøting
- Arbeidsmiljøforbedring

### 4.3.3 HMS i kommuner versus andre virksomheter

Vi har også spurt verneombudene om de mener HMS-arbeid i kommuner er noe annet enn HMS-arbeid i andre virksomheter.

**Tabell 4.1** Tror du at HMS-arbeid i kommunene er forskjellig fra andre typer virksomheters HMS-arbeid? Verneombud.

	Antall	Andel
Ja	66	43
Nei	54	36
Vet ikke	32	21
Total	152	100

Som tabellen over viser, er det altså 43 prosent av verneombudene som mener HMS-arbeid i kommunene er forskjellig fra andre typer virksomheters HMS-arbeid.

Vi har også hatt et åpent spørsmål i etterkant av dette for å få mer kvalitativ informasjon. Her svarer verneombudene mye forskjellig:

*I mange bedrifter står HMS-arbeidet øverst på agendaen, f.eks i produksjonsbedrifter og seriøse aktører innenfor bygg og anlegg, offshore.*

*Jeg tror at for eksempel en byggeplass har større fokus på HMS. Mer innarbeidet og større risiko, endel steder. I kommunene har det kanskje fort for å bli at man "får vel ta en vernerunde". På en byggeplass er ikke dette noe man venter med.*

*Deler av hms arbeidet i industri og fysiske krevende arbeidsplasser handler om sikkerhet. Vi har nok noe av det også (eks medisinsk utstyr tannhelse, arbeide på verksted i yrkesfag). Vi har et større fokus på psykososiale/org. (fylkeskommune).*

*Det er mer fokus på sikkerhet innenfor eks. industrien - Avvikssystemene er mye sterkere. Innenfor offentlig er det mer psykososiale forhold som er fokus.*

*I mange andre bedrifter er HMS første prioritet. Det er som oftast HMS/Kvalitetsikringsjef i 100% stilling samt HVO i 100% stilling. Fokuset er på kvalitet og fritt for skader.*

*Arbeid med psykososialt miljø vil nødvendigvis være mer aktuelt i kommunene enn i en produksjonsbedrift, da kommunens innsatsfaktor i tjenesteytingen er mennesker og deres relasjoner imellom.*

*Innenfor kommunal virksomhet er de fleste ikke utsatt for eks. skader som følge av maskiner og produksjonsutstyr. Er mer utsatt for vold/trusler fra brukere/pårørende og kanskje mer belastningsskader pga tunge løft, slitasje.*

*Lengre tradisjon og kultur for en organisert og aktiv vernetjeneste.*

*Jeg tror at HMS fokuset i industrien er større. Etter som jeg forstår er HMS en viktig sak i forbindelse med inngåelse av kontraktarbeid. Dette settes krav fra kjøper om HMS-system.*

*Private bedrifter bruker større ressurser på HMS-arbeid. De ser viktigheten av dette. HMS har førsteprioritet. I kommunene ligger vi langt etter.*

*Det settes mindre krav om å fremlegge dokumentasjon på kommunenes arbeid på dette området.*

En annen gruppe av svarene, går på dette med at en kommune har mange ulike arbeidsplasser innenfor samme arbeidsplass:

*En kommune må fokusere på mange områder, mens bestemte bedrifter ofte har et begrenset område å fokusere på.*

*I kommune er det så mange forskjellige yrker, fra blant annet helse til vann/avløp etc. Så det blir et stort spenn innenfor hvordan HMS arbeidet blir lagt opp innenfor hvert enkelt arbeidsområde.*

*I kommunene har du et veldig stort område å drive hms på. Det er vanskelig å få oversikt over alle områder. Tror det blir annerledes i en privat bedrift.*

*Kommunal virksomhet fraviker stort fra privat, kompleksiteten er tildels større.*

*Mange yrkesgrupper på mange ulike arbeidsplasser gir større utfordringer i arbeidet. Også mange ledere å forholde seg til, og involvering fra kommunestyret som er egentlige arbeidsgiver.*

*I en kommune er arbeidsfeltet svært forskjellig når det gjelder hvilke tjenester som ytes. Det er en stor organisasjon med mange ledere og de som utfører tjenestene skal ivaretas slik AML beskriver. Her er det mange syn på hvor viktig HMS er!! Budsjet, holde kostnader nede er første prioritet hos mange ledere.*

En annen sier at kommunene også må forholde seg til en tredjepart og at dette ikke alltid er det beste for arbeidsmiljøet:

*Det er en tredjepart i kommunen eks: pasient, elev. Opplever ofte at arbeidsmiljøet blir "satt opp" mot f.eks. pasientrettighetsloven. Sterke brukerorganisasjoner og pårørende.*

Det er svært få av svarene (2 av 61 svar) som handler om dårlig kommuneøkonomi og da er de også usikker på om dette er relevant.

Oppsummert kan vi si at følgende forhold gjør at HMS har en svakere posisjon i kommunene enn i privat sektor:

- HMS regelverket er tilpasset industri og vareproduksjon
- Manglende kultur og tradisjon for HMS i kommuner
- Krav fra kunder om HMS i privat sektor
- Industri har fokus på HMS i hele produksjonen
- Ikke produksjonskader i kommunen, men trusler og vold
- Kommuner har mer behov for psykososialt arbeid (kvinner, ikke maskiner)
- Kommuner er komplekse organisasjoner med stort spenn i arbeidsoppgaver og ulike faglige retninger

Vi avslutter dette avsnittet med følgende to sitat fra to ulike hovedverneombud:

*I kommunal virksomhet er det flere kvinner og færre maskiner. Derfor blir det mye mer på det psykososiale enn på det fysiske - og det er det fysiske som er enklest å gjøre noe med.*

*På mitt første 40 timers opplæringskurs hadde jeg en kursleder som hadde hatt sine år i industrien. Det bar kurset veldig preg av. I min kommune er det mye trusler og vold, noe jeg tror industrien er spart for.*

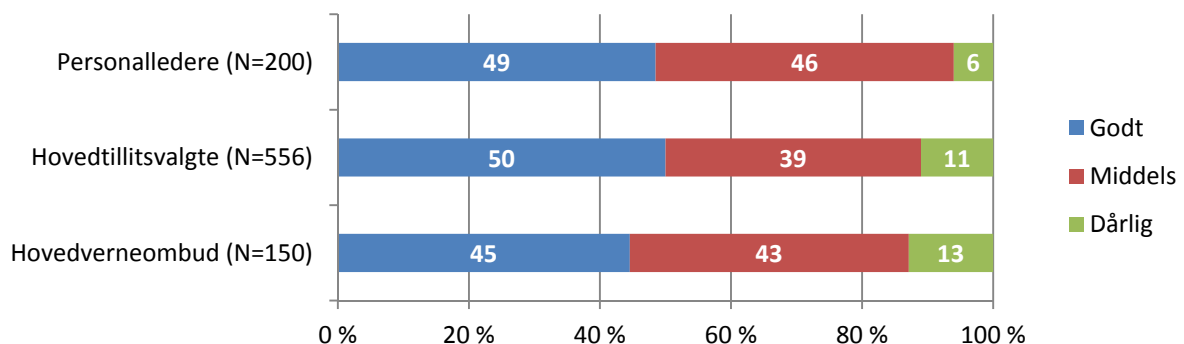
#### 4.3.4 Arbeidsmiljøutvalg og underutvalg

Større kommuner har typisk ett Arbeidsmiljøutvalg innenfor hvert tjenesteområde. I tillegg har de IA-grupper eller HMS-grupper ute i de enkelte enhetene, der både plasstillitsvalgt, verneombud og lederen for enheten er representert. I mindre kommuner er det kanskje bare ett AMU, men de små kommunene kan også ha partssammensatt grupper på enhetene. Hvordan disse fungerer, vil være avhengig av en rekke forhold:

- Arbeidsmiljøet på enheten
- Kunnskap og kompetanse blant de ulike aktørene
- Personlig relasjoner og samarbeidsevner, egnethet i rollen

I enheter der det er gamle og dårlig bygningsmasse, er det for eksempel typisk mer aktivitet i de lokale arbeidsmiljøgruppene enn i enheter med nye og moderne bygninger.

Vi har spurt de ulike aktørene om hvordan Arbeidsmiljøutvalget fungerer i kommunene, se figur under.



Figur 4.1 Hvordan fungerer kommunens Arbeidsmiljøutvalg (AMU) slik du ser det?

I denne kartleggingen er det nesten halvparten av respondentene som mener at AMU fungerer godt. Terskelen for at personalleder svarer at AMU fungerer dårlig, er sannsynligvis høyere enn at et verneombud svarer det er dårlig. Ut i fra dette kan vi kanskje anslå at AMU fungerer dårlig i rundt 10 prosent av kommunene.

Vi har sett nærmere på svarene for å undersøke om det er systematisk variasjon i forhold til kommunestørrelse og sykefravær. Vi finner ingen slike systematiske sammenhenger. Det er altså ikke størrelsen på kommunen det kommer an på, og det er ikke slik at der AMU fungerer godt er det nødvendigvis lavt sykefravær. Det er sannsynligvis mange grunner til at AMU fungerer godt noen steder og ikke godt andre steder.

I følge aml § 7-1. punkt (2) kan Arbeidsmiljøutvalget opprette underutvalg. I kommunene er HMS-utvalg på virksomhetsnivå slike underutvalg, og de defineres også som lokale vernegrupper. Det er stort sprik i hvordan kommunene har forankret lokale HMS/IA-utvalg ute på virksomhetene.

*Ja men jeg føler at det blir bedre og bedre. Det var tungt og begynne med og nå er det mye bedre. Vi må sende inn en rapport 2 ganger i året fra disse IA gruppene, beskrive hva vi har jobbet med. Det skal være en leder, verneombud og tillitsvalgte eller en annen fra de ansatte som skal ta opp problemer og finne løsninger rundt om på virksomhetene (Hovedverneombud, stor kommune).*

Noen kommuner som ikke har etablert et system rundt IA og HMS sier likevel at de har grupper som arbeider med revidering av samarbeid rundt IA:

*Ja, vi hadde et evalueringsmøte, eller, en gjennomgang av status, i vår. Hvor arbeidslivssenteret også var med på gjennomgangen av det, og vi så på de måltallene vi hadde. Vi reviderte nok ikke noen måltall, men vi hadde en gjennomgang av dem, hvor vi lå an i forhold til det. Ellers ble det sagt den gangen den ble laget, at den arbeidsgruppen som laget avtalen skulle fortsette å jobbe for å finne gode tiltak og sånn, det har da ikke blitt gjort, fordi vi har hatt masse annet (Personalsjef, liten kommune i sør)*

*Det er ikke utvalg, det er jo verneombud og verneområder (Hovedtillitsvalgt, liten kommune).*

Lokale HMS/IA-møter ser ut til å være et viktig virkemiddel for å oppnå resultater og bedre måloppnåelse innen IA-avtalen. Rapporter som beskriver nødvendige tiltak på virksomhetsnivå kan være avgjørende for å få en bedre måloppnåelse innen IA. I en av kommunene i utvalget er også BHT ønsket som fast deltaker i lokale HMS-utvalg en gang i året.

*Vi er jo med i AMU-møtene, også har vi et nært samarbeid med personalavdelingene fordi det er de som setter opp planene sammen med oss. Nå har det også kommet forslag i forhold til å være med på lokalt AMU/HMS utvalg. De har opprettet det på noen enheter i forbindelse med et nærværprosjekt. Vi har foreslått at vi skal være med på ett lokalt AMU-møte/HMS utvalg i året, for å kunne både orientere mer om hva vi kan bistå med, også for å være konkrete. At de skal bli bedre kjent med oss, hva vi kan tilby og at vi kan få høre litt mer om hva slags utfordringer de har og være litt på tilbudssiden i forhold til hva vi kan bidra med. (Bedriftshelsetjeneste)*

Andre kommuner har ikke en fast ordning med lokale HMS utvalg på virksomhetsnivå, men at HMS settes på dagsorden i enkelte personalmøter.

*I enkelte personalmøter blir NAV og NAVs Arbeidslivssenter invitert inn for å snakke om hva de kan bidra med. Men HMS har ikke vært som et fast punkt på hvert personalmøte (tillitsvalgt, liten kommune).*

Noen informanter sier at lokale HMS utvalg er avhengig av ledersamarbeid mellom nivåene og deres prioritering. Det at det kreves referater fra de lokale arbeidsmiljøgruppene i AMU, kan virke disiplinerende på aktiviteten sier en av respondentene, men de legger til at HMS-gruppene kunne ha vært en mye større pådriver enn de er. Mange forteller at de ansatte mangler engasjement:

*På sykehjemmet så har vi samarbeidsmøter med tillitsvalgte og verneombud og lederne og har samarbeidsmøte hvor dette er tema i årshjulet. Jeg har hørt det: Å engasjere alle ansatte under dette her er veldig vanskelig. Vanskelig og få til engasjement selv om du informerer at du tar opp saken på avdelingsmøtene, er vanskelig og drive fram engasjement. Det blir fra tillitsvalgte og opp, som på en måte er engasjert. (Mellomleder, mellomstor kommune)*

Fra intervjuene ser vi også at det er utfordrende å sette egne planer til synlig handling i hverdagen, fordi de ikke hadde forankring på et overordnet nivå. Manglende kobling mellom AMU og underutvalgene kan kanskje forklare dette. Det var også i flere kommuner utfordringer med ulike IA-prosjekter og samordning av disse. Det lokale IA-arbeidet hadde typisk her ikke en forankring oppover i organisasjonen. Kommunikasjonslinjer tilbake oppover i organisasjonen med tilbakemelding, evaluering og oppfølging av IA på et strategisk og et planleggingsnivå hadde et tydelig forbedringspotensial.

Selv om disse arbeidsgruppene på enhetene fungerer greit, er det viktig at de har et forum oppover. Dette bør være AMU, men vi ser i mange kommuner med IA/HMS eller arbeidsplassgrupper at de ikke opplever at det er de som spiller inn saker til AMU.

For å få gjort en kartlegging av hvor vanlig det er med slike underutvalg, har vi spurt personallederne om dette. Svarfordelingen er vist i neste tabell.

**Tabell 4.2 Har kommunen etablerte underutvalg av AMU ute i den enkelte enhet/virksomhet? 204 kommuner, personalledere (2013)**

	Totalt	Andel
Ja	49	24
Nei	132	65
Annet	23	11
Totalt	204	100

Mange av de 23 som svarer i kategorien "Annet" skriver at de har HMS grupper, eller IA-grupper i enhetene. Vi burde sannsynligvis brukt begrepene HMS-gruppe og IA-gruppe heller enn "underutvalg av AMU" fordi det er ikke sikkert det er eksplisitt uttalt at de er slike underutvalg.

Ut i fra dette er det nærmere to av tre kommuner som ikke har arbeidsmiljøgrupper eller HMS grupper som underutvalg til AMU ute i virksomhetene.

#### **4.3.5 Arbeidsmiljøutvalgets representasjon og funksjon**

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) skal ha minimum fire medlemmer, men bør ikke bestå av flere enn åtte personer i følge arbeidsmiljøloven. Hvis det er uenighet mellom partene, er det arbeidsgiver som bestemmer antallet.

Det er ikke alle som vet hvem som er representert i AMU:

*Det er verneombud, tillitsvalgt og etatssjef. I overordnet AMU så er jeg ikke helt sikker på hvem som er der. Jeg går ut i fra at rådmann, personalsjef og tillitsvalgte, hovedverneombud (HMS konsulent, stor kommune)*

I flere av kommunene opplyser informantene at arbeidsmiljøutvalget også består av politiske representanter:

*Det som er litt spesielt i kommunen her er at vi også har hatt, og har fremdeles, politiske representanter i AMU. (Kommunalsjef, mellomstor kommune)*

*...og i AMU så har vi et tredelt forhold av roller, det er både politisk, det er arbeidsgiver og det er arbeidstaker. (Personalsjef, liten kommune)*

*Vi bruker hele formannskapet i AMU. (Rådmann, liten kommune)*

En annen kommune svarer slik når vi spør om politikere er med i AMU:

*Nei. Inntil sist valg var det en politiker med, men det så vi i grunn ikke noen hensikt i, for det som kom fram der ble jo ikke bragt videre likevel. Det som skal bringes videre til formannskapet må eventuelt gjøres på initiativ fra meg eller rådmannen. Så i utvalget sitter fem etatsledere, rådmann, jeg sitter som sekretær, og så er det tillitsvalgte og hovedverneombud (Personalsjef, liten kommune).*

Bedriftshelsetjenesten skal være representert i utvalget som et rådgivende og uavhengig organ, og representere både arbeidsgiver og arbeidstakersiden. I alle kommuner vi har intervjuet med ett unntak, forteller de at BHT blir innkalt til kommunens AMU-møter. I den siste kommunen sier de at det er litt tilfeldig om BHT blir innkalt.

Jamfør Arbeidsmiljølovens § 7.1 har bedriftshelsetjenesten ikke stemmerett i AMU, men skal være en rådgivende instans overfor både arbeidsgiver og arbeidstaker. De fleste kommunene i utvalget bekrefter at BHT har en slik rolle.

Hovedverneombudet har i henhold til Arbeidsmiljøloven en definert rolle, og skal være en av representantene for de ansatte inn i AMU. Alle ansatte, unntatt øverste ledelse, har stemmerett og er valgbare representanter til AMU.

*Også har vi jo hovedverneombud og det er 20 prosent frikjøp og det er jo så lite. Hovedverneombudet får heller ikke den sentrale rollen i AMU. Så AMU er et utvalg som ikke er brukt... som vi kunne ha brukt mye mer, og det er jo noe vi diskuterer ofte med personalsjefen (Hovedtillitsvalgt)*

Vi har også spurt om hvilke oppgaver og ansvarsforhold som finnes i AMU i de ulike kommunene:

*Godkjenning av tegninger og nye bygg og problemstillinger som finnes rundt om. Det blir selvfølgelig snakket om HMS og IA arbeid i AMU også, men ikke på den måten. Det er ikke for og gjennomføre IA-planen du gjør i AMU. Det er i IA gruppen. (HMS konsulent, stor kommune)*

*Hva skal vi si da... Arbeidsmiljøutvalget her har vel i stor grad vært ett møte der man har informert og blitt orientert, men det har skjedd en endring nå det siste året. Nå er det mer debatt og det er mer informasjon om hvilke saker skal vi skal bidra med. Vi har hjulpet de med å lage handlingsplaner for arbeidsmiljøutvalget. Definerer hvilke saker de skal jobbe med, hvordan de kan jobbe, og det ser vi begynner og ta litt tak nå. Det blir mer debatt og involvering som står i fokus enn det har vært tidligere (Bedriftshelsetjeneste for liten kommune)*

Andre forteller at kommunen behandler IA avtalen i AMU, og at AMU fungerer mer som et strategisk overordnet organ:

*Jeg synes at det er særlig i AMU at vi har hatt fokus på IA-avtalen, - for å få implementert den. Så vi har laget handlingsplaner, maler som skal tilpasse hver enkelt virksomhet. Så sånn har vi tatt tak i IA-avtalen i AMU (Hovedtillitsvalgt, liten kommune).*

*Vi bruker ikke AMU, det er ikke så veldig mye... vi har 4 møter i året. Så det blir mer et strategisk nivå. Så det er jo AMU som vedtar målsetningene våre. Så vi driver akkurat nå og sender inn forslag til vår nye målsetning for neste år som skal opp i AMU i desember, men der er det jo politikere og tillitsvalgte og verneombud og administrasjonen som sitter. Vi har vært heldig med de politikerne som har sittet i AMU fordi at de er interessert og aktive og mener noe. Så sånn sett så opplever jeg at AMU har vært rimelig godt å støtte seg på (Personalsjef, liten kommune)*

I AMU er det personalsjefen som ofte opptrer på rådmannens vegne i kommunene i vårt utvalg. Dette gjaldt spesielt de største kommunene i undersøkelsen. Noen informanter sier at forankring av IA og HMS har vært tatt opp som sak i AMU, men mange er inne på dette med kultur og ikke minst at det er personavhengig. En sier det slik:

*Det har først nå etter et lederskifte på organisasjonsnivå blitt litt mer tatt tak i dette her. For så lenge jeg har vært i arbeidsmiljøutvalget så har det jo sittet både ledere og vernetjeneste der selvfølgelig. Fordi HMS ikke har hatt den tyngden av forankring på ledernivå så har heller ikke innspill på det å endre ansvar og endre måte å jobbe på, fått særlig gehør (BHT, liten kommune).*

Vi har gjennom den elektroniske datainnsamlingen kartlagt hvorvidt AMU oppleves som sentralt for IA-arbeidet vurdert av verneombud og personalledere.

**Tabell 4.3 Er AMU en sentral arena i kommunens IA-arbeid? Prosent.**

	Personalleder	Verneombud
Ja	62	59
Nei	28	29
Annet	10	12
Totalt	100	100
Antall kommuner	204	153

Fra tabellen over ser vi at rundt 60 prosent av både personallederne og verneombudene sier at AMU er en sentral arena i kommunens IA-arbeid.

#### **4.3.6 IA en del av kommunens personalpolitikk?**

Arbeidsgiverpolitikken i kommunene er som oftest sammensatt av ulike delområder som til sammen utgjør en helhet. Det som går igjen i kommunenes planer i utvalget er for eksempel fokus på kommunens omdømme, ledelse, medarbeidere, tjenestekvalitet, etikk, kompetanse, likestilling og lønn. Denne helheten inkluderer både et bruker- og ansattperspektiv, som gjør seg svært gjeldende på et IA- utøvende nivå. Disse tema er igjen knyttet opp mot konkrete virkemidler for å nå målene. Både tema og virkemiddel er også en del av IA-arbeidet. Det er for eksempel ofte et mål at arbeidsgiverpolitikken har et livsfaseorientert fokus, og at det skal være et levende dokument ut på alle nivåer i organisasjonen. Arbeidsgiverpolitikken vil definere hva som er særskilte satsingsområder for den enkelte kommune, og legger føringer for innholdet i HMS og IA- arbeidet.



Noen kommuner sier at IA er overordnet forankret i kommunens arbeidsgiverpolitikk og strategi. Denne planen er også politisk behandlet og vedtatt.

*Jo nå er den det i den arbeidsstrategiske ja. (Personalsjef, mellomstor kommune)*

*Den er forankret både politisk og administrativt og det er jo en type avtale som vi bruker ganske mye tid på i ledermøte og sånne ting, oppfølging av HMS-planer og IA-arbeid er kontinuerlig prosess. Og det legges jo inn ulike mål, men de overordnede målene er jo der som f.eks. redusering av sykefravær, å prøve å beholde eller ansette personer med redusert funksjonsevne, og det med å øke den reelle avgangsalderen. Men så vil det være ulike tiltak fra område til område. (Rådmann, liten kommune)*

*IA avtalen er vedtatt som en del av kommuneplan og handlingsprogram. Så det er forankret helt til det sentrale styringsdokumentet. Når vi rapporterer til de folkevalgte så er sykemelding og det som er knyttet opp under IA, så arbeidsnærvær er da en sentral del. Så har vi som kommuneloven krever et administrasjonsutvalg hvor vi rapporterer på, der det er nok arbeidsfravær i hvert møte (Rådmann, liten kommune)*

*Vi arbeider med en helhetlig personalpolitikk for denne kommunen. Vi er ikke helt i mål, men det aller meste er på plass (Kommunalsjef og personalsjef, mellomstor kommune)*

De fleste kommuner i utvalget sier at det er personalseksjonen som har en sentral rolle i oppfølging av IA-arbeidet uavhengig av kommunestørrelse. De fleste kommunene i utvalget har også organisert et eget IA utvalg som er forankret i personalseksjonen, ledet av personalsjef.

Kommunene gir et bilde av IA med forankring i kommunens personalseksjon og det arbeidet som personal har i forhold til oppfølging av sykemeldte og samarbeidet med NAV. Noen kommuner sier at samarbeidet om IA også er forankret gjennom politisk behandling, først og fremst fordi IA har en økonomisk konsekvens som det er viktig å få synliggjort overfor politikerne.

Likevel, de fleste gir imidlertid et inntrykk av noe uklarhet rundt den politiske forankringen av IA som vi også var inne på i kapittel 3.2.

*Sånn rent politisk så kan jeg ikke uttale meg. Jeg har ikke peiling på det. ..Jeg tør ikke å si verken ja eller nei. (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune)*

*Det er jeg ikke sikker på fordi det må ha vært før jeg begynte, så... men den er godkjent. Ja, den er vedtatt av AMU. Og da er forankring i det sporet. (HMS leder, liten kommune)*

*Samarbeidsavtalen om IA, Ja den er politisk og underskrevet av både rådmannen og ordfører (Rådmann, mellomstor kommune)*

*Det kan nå sikkert være mange meninger om da, jeg tenker at personalområdet har vel ikke vært prioritert med mange ressurser opp i gjennom årene da og det var litt av grunnen til at de valgte å skille ut og tilsette en egen personalsjef for 2 til 3 år siden. Så det kan hende at IA arbeidet har vært litt preget av det. Man har valgt en veldig flat struktur, med få og kanskje, det er jo mine ord da, men litt svake støttefunksjoner i sentrale administrasjon og veldig mye av ansvaret er lagt ut på enhetene. Det er bare min opplevelse av det. Og jeg tror nok det at det systematiske IA arbeidet har kunnet vært bedre om man hadde hatt litt sterkere støttefunksjoner og litt sterkere koordinatfunksjoner her (Rådmann, liten kommune).*

Flere forteller at de drøfter både IA og HMS i Administrasjonsutvalget.

*Men vi har jo det med å involvere politisk. Der kan man i kommunen ha lagt et hovedutvalg for administrasjon heter det. Det er et politisk utvalg. Det som man kan få av et partssammensatt*

*utvalg før. Nå heter det hovedutvalg administrasjon og der er det politikere og friere representanter... Og i det utvalget så er det voldsomt snakk av politikere som er opptatt av pengene sine og vil ha ned sykefraværet. Så de flyter sammen disse her sakene, og i IA arbeidet i en god del av det. (HMS konsulent, stor kommune)*

*Administrasjonsutvalget og ledermøtene med alle enhetslederene så har vi en fast etablert gruppe for alle de store organisasjonsprosjektene i kommunen. Hvor vi møtes en gang i måneden (Rådmann, liten kommune)*

Flere informanter legger vekt på at det er et skille mellom forankring i ledelsen på toppnivå i kommunen og mellomledelsen på virksomhetsnivå. Noen steder mangler IA-avtalen forankring oppover, mens den andre steder mangler forankring nedover:

*Jeg synes det er behov, kanskje helt på topp så er det vel ikke så godt da, men vi har personalsjefen vår som er rådmann så ja. Vi skulle nok ha hatt litt bedre forankring på toppen tenker jeg. (HMS-kontakt, mellomstor kommune)*

*Ja det har vi ..så det er god forankring på toppen, men det er svak forankring nedover (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune)*

En respondent bruker et spesielt begrep:

*Nå har jeg selv vært i IA-situasjon og jeg synes det at det er alt for dårlig. (Hovedtillitsvalgt, liten kommune)*

Dette har vi hørt flere si, det å "være på IA" eller i en "IA-situasjon" kan innebære at man har vært sykmeldt over lenger tid og hatt oppfølging, eller det kan være at de har vært overtallige etter for eksempel omorganisering og "havnet på IA". Noen steder har de også et "IA-pool", som samler folk med behov for tilrettelegging og oppfølging, gjerne de som skal utprøves på en annen enhet.

De kommunene som har lavt sykefravær, har ofte ikke særlig fokus på IA-arbeidet, og dette er nettopp fordi det for mange handler om oppfølging av sykmeldte:

*Jo, føler at det er ganske sterkt forankret på virksomhetsnivå i den forstand at det blir henvist til det. Men samtidig er vi en liten organisasjon, en liten virksomhet med veldig lavt sykefravær, så vi bruker ikke så mye tid på det (Plasstillitsvalgt, liten kommune).*

Vi har forsøkt å kartlegge hvor IA-arbeidet er forankret i kommunene gjennom å spørre personallederne om dette.

**Tabell 4.4 På hvilket organisatorisk nivå er IA-arbeidet forankret i kommunen? 204 kommuner, personalledere (2013)**

	Antall	Andel
Ligger nært knyttet til personaltjenesten	164	70
Ligger nært knyttet til arbeidsmiljøtjeneste/HMS/vernetjenesten	71	30
Totalt	235	100

70 prosent svarer at IA-arbeidet er forankret i personaltjenesten.

60 av de som har svart, har krysset av for begge alternativene. I kommentarfeltet ser vi at de har personaltjenesten og arbeidsmiljøtjenesten/HMS/vernetjeneste organisert sammen. Resten av kommentarene er at IA-arbeidet er forankret på enhetsnivå.

I kartleggingen svarer 94 prosent av personallederne at sykefraværslutinene inngår i det systematiske forebyggende HMS-arbeidet i kommunen. Dette er som forventet fordi sykefravær er et HMS tema.

#### 4.3.7 Tillitsvalgtes rolle

De fem største arbeidstakerorganisasjonene i kommunene er Fagforbundet, Utdanningsforbundet, Norsk sykepleierforbund, Delta, Fellesorganisasjonen. Vi har spurt hva som er deres rolle i IA-arbeidet.

Eksempel på tillitsvalgtes arbeid på et overordnet systemnivå i forhold til de som trenger omplassering:

*Etablert system for det. Og det tror jeg kanskje vi tillitsvalgte skal ta litt æren for. For vi mener at alle ledige stillinger kan snues via personalkontoret som da skal ha oversikt over de som trenger omplassering eller noe annet for en periode eller for lengre tid. Da stopper man utlysningen og alle utlysninger skal skrives og ordnes på personalkontoret (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune)*

De forteller litt mer:

*Hvis du blir syk for at en annen person har fått avlastning... Du har rett til å bli omplassert til en annen arbeidsplass eller er det en på den andre arbeidsplassen som skal få lov til og få oppgradert stillingen sin. Hvilke vurderinger gjør vi? Det er mange vinklinger på dette her, og de kan komme i konflikt med avtaleverk og annet. Man må bruke fornuften i forhold til omplassering. Det er ett fokus vi skal ha muligheter til. Så at det skal være en åpning for det. Men man kan jo ikke fylle opp en virksomhet eller en arbeidsplass med mange som har behov, og følge en annen en uten og på en måte få for stor belastning. Det handler om økonomi og lønnsmidler også, men der har man mange virkemidler man kan søke på. (Hovedtillitsvalgt)*

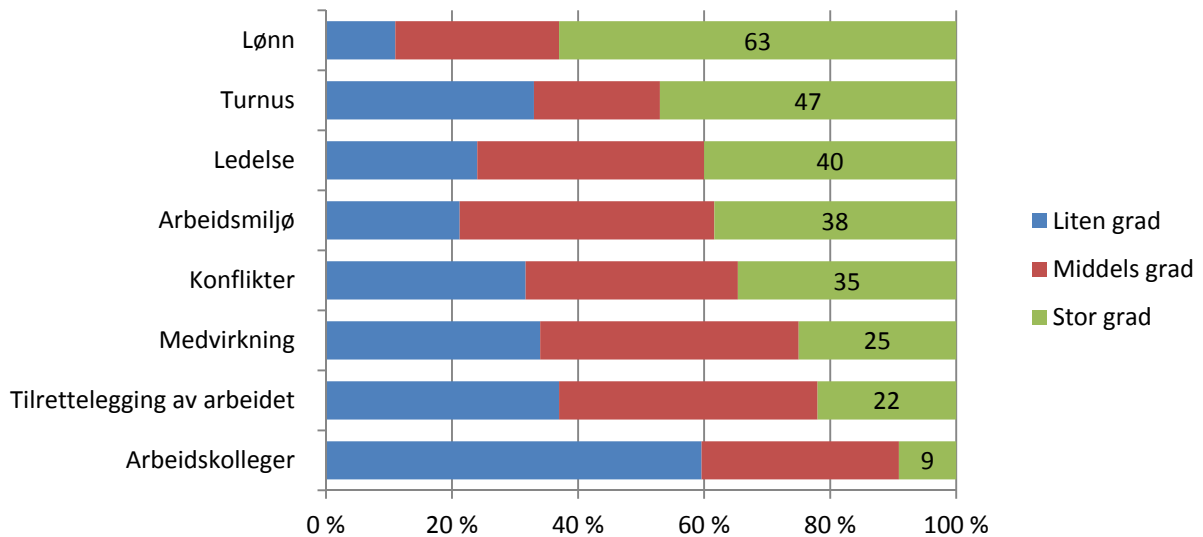
Tillitsvalgte har tradisjon for å jobbe på individnivå og bistår enkeltmedlemmene de representerer, mens hovedtillitsvalgte ikke er så mye inne på individnivå:

*Jeg er ikke den som blir kontaktet når det skal være støtte for medlemmene. Ellers så føler jeg at IA er jo der, men jeg er ikke så veldig involvert i det der, og kanskje ikke tenker over... Jeg har jo ikke noe erfaring med det men det kan hende at de som er plassert tar det, men jeg har ikke vært i nærheten av noe konkret sak (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune).*

Flere forteller at det er sjelden at tillitsvalgte blir spurt om å være med på dialogmøter, og dette stemmer med funn fra andre prosjekt vi har og har hatt på dette området:

*Det er veldig sjeldent. Det er i tilfeller hvis det er konflikter om mobbesaker og så videre. Det er særlig da, men den sykemeldte sier ofte at den grudde seg veldig. De synes dette her var uvant og etterpå så er man veldig lettet ofte. (BHT, mellomstor kommune)*

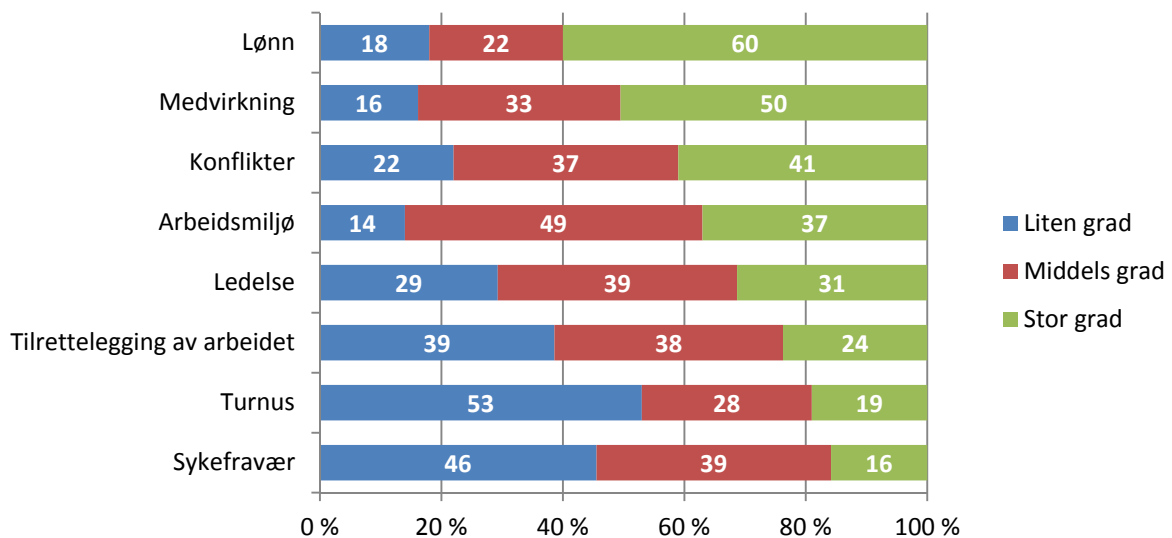
Tillitsvalgte blir spurt om å være med i samtaler der det kan være litt vanskelige. Vi har i kartleggingen som nylig er gjennomført, spurt om hvilke saker de tillitsvalgte hyppigst blir kontaktet av medlemmene. Fordelingen er vist i neste figur.



Figur 4.2 Hva er typisk årsaken til at ansatte tar kontakt med deg som hovedtillitsvalgt?

Det er tydelig lønn og turnus som ligger på topp, noe som er naturlig ut i fra den tradisjonelle tillitsvalgtrollen.

Vi har også spurt personallederen om hvilke saker tillitsvalgte tar kontakt for. Svarene er presentert i neste figur.



Figur 4.3 Hva er typisk årsaken til at tillitsvalgte tar kontakt med deg som personalleder?

Vi ser at tillitsvalgte i mindre grad har kontakt med personalleder pga sykefravær og turnus.

Kartleggingen viser også fordelingen på en del områder relatert til problemstillingen. I tabellen under ser vi at det er en stor andel av de tillitsvalgte som ikke mener de er tilstrekkelig involvert i IA-arbeidet. Vi finner ingen sammenheng i forhold til kommunestørrelse, men vi finner at hovedtillitsvalgte i kommuner som har høyt sykefravær oftere sier at de er tilstrekkelig involvert i IA-arbeidet i kommunen. Det er kanskje naturlig at de trekkes mer med i IA-arbeidet om sykefraværet

er høyt enn om det er lavt, gitt at svært mange mener at IA-arbeid handler om oppfølging av sykmeldte.

**Tabell 4.5 Mener du at du og de andre tillitsvalgte er tilstrekkelig involvert i IA-arbeidet i kommunen?**

	Antall	Andel
Ja	240	39
Nei	256	42
Vet ikke	114	19
Total	610	100

En viktig del av problemstillingen i dette kapittelet var utfordringer er knyttet til fordeling av roller og ansvar. Det som er viktig er først og fremst å ha en avklart oppgave- og ansvarsfordeling i IA-arbeidet mellom verneombud og tillitsvalgte. Vi har kartlagt hva de hovedtillitsvalgte mener om dette, og svarfordelingen er vist i neste tabell.

**Tabell 4.6 Er oppgave- og ansvarsfordelingen i IA-arbeidet mellom verneombud og tillitsvalgte avklart i kommunen?**

	Antall	Andel
Ja	241	40
Nei	187	31
Vet ikke	176	29
Total	604	100

Denne oversikten viser at mange kommuner har en del å hente i forhold til involvering av ansattrepresentanter og i forhold til oppgave- og ansvarsfordeling. Vi ser nærmere på svarene i den siste tabellen og undersøker om dette har sammenheng med kommunestørrelse.

Vi finner sterke sammenhenger mellom sannsynligheten for å ha svart at oppgave- og ansvarsfordelingen i IA-arbeidet mellom verneombud og tillitsvalgte er avklart og kommunestørrelse. Se tabell under.

**Tabell 4.7 Andel hovedtillitsvalgte som mener at oppgave- og ansvarsfordelingen i IA-arbeidet mellom verneombud og tillitsvalgte avklart i kommunen?**

	Andel med avklart	Antall kommuner
0-1999 innb.	25	98
2000-4999 innb.	33	184
5000-9999 innb.	43	125
10K-19K innb.	47	104
20K-50K innb.	55	68
>50K innb.	70	23
Totalt	40	602

Vi finner også at det er en systematisk sammenheng mellom sykefraværsliv og avklaring av oppgave- og ansvarsfordeling. Kommuner med høyt sykefravær (også når vi har kontrollert for kommunestørrelse), oppgir hyppigere at de har avklart oppgave- og ansvarsfordelingen i IA-arbeidet

mellom verneombud og tillitsvalgte. En slik avklaring kan derfor ha vært en del av et større arbeid for å oppnå fraværsreduksjon.

#### 4.3.8 Verneombudenes rolle

Informantene i undersøkelsen syntes at verneombudsarbeidet var interessant, og fortalte at de trives godt i sin rolle.

*Jeg har jobbet her siden 79 som lærer. Men rollen som hovedverneombud har jeg hatt siden 98 med tre års avbrekk. Så det er nå tidsperspektivet på det da...*

*Jeg ble valgt inn fordi at forrige hovedverneombud har sittet i rollen i 28 år og det var ingen naturlige til å ta over så jeg ble bedt om det siden jeg satt som hovedtillitsvalgt før så ble jeg kontaktet av Fagforbundet som ønsket nytt hovedverneombud, og det er jo på bakgrunn av det arbeidet jeg har gjort som hovedtillitsvalgt. (Hovedverneombud, mellomstor kommune)*

I noen kommuner er det verneombudet som har skrevet under på samarbeidsavtalen (den lokale IA-avtalen), men hovedsakelig er dette en oppgave som det største forbundet har.

*Det er rådmann og hovedtillitsvalgt i Fagforbundet, det største forbundet som har skrevet under avtalen. (Personalansvarlig, liten kommune)*

*Verneombudet er jeg usikker på om har skrevet under på avtalen. Det er i hvert fall en part i dette her. (Personalansvarlig, liten kommune)*

Flere kommuner sier at tillitsvalgte har fått en mer styrket rolle i forhold til både HMS og IA, og at verneombudet ofte blir glemt i sammenhenger der kommunen skal evaluere sine planer eller diskutere tiltak. Flere sier det er vanskelig å være verneombud:

*Nei, jeg har glemt av verneombudet. Jeg skal invitere henne dit. (Personalansvarlig, liten kommune)*

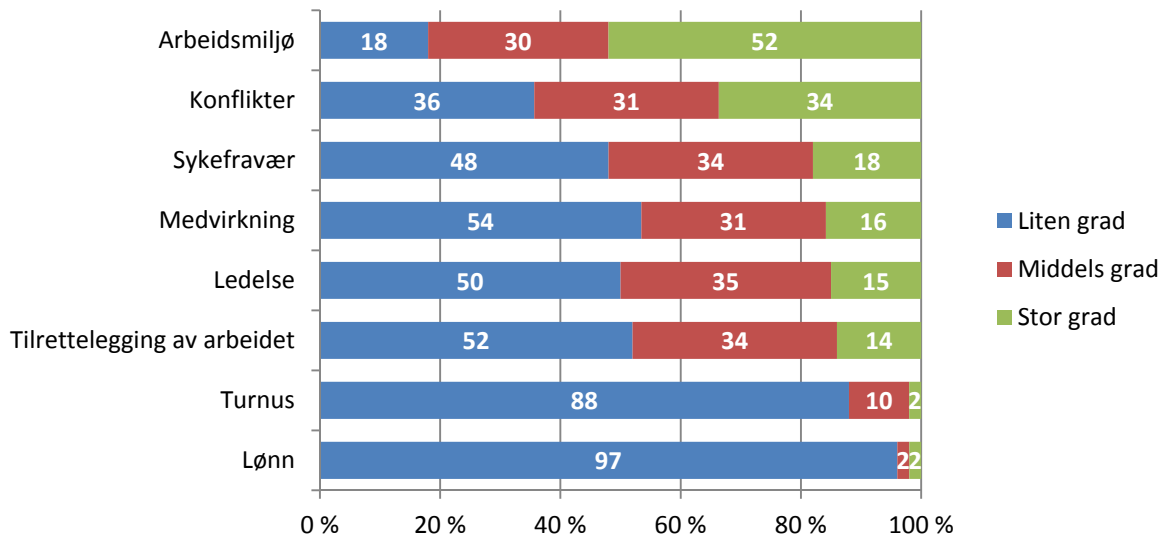
*I utgangspunktet synes jeg vi har et veldig nært samarbeid med de tillitsvalgte, "the missing link" er jo verneombud. Men tillitsvalgte og rådmann synes jeg har et nært samarbeid, og en veldig grei dialog. Det er ikke alltid man er enig, men dialogen er veldig grei. (Personalsjef, liten kommune)*

De fleste av informantene forteller at de har jobbet i kommunen igjennom mange år. Noen fortalte at de hadde fått økt sin stillingsprosent til å drive verneombudsarbeid. For andre verneombud var dette et aktuelt tema som de hadde tatt opp med kommuneledelsen:

*Det var spørsmål om hvem som kunne være hovedverneombud. Også var jeg verneombud så da tenkte jeg at det kunne være greit og prøve. Så jeg har vært det i 2 perioder og nå har jeg fått utvidet rollen til 40 prosent stilling. Og det trengs fordi at arbeidstilsynet fikk aldri i tak i meg fordi jeg var jo lærer tidligere, og hadde jeg hatt kontorjobb på rådhuset så hadde det ikke vært noe problem med tiden, men når man har timer så må man være der. Så det ble lagt press på kommunen for å utvide verneombudsstillingen da, pluss at det er oppnevnt ett vara hovedverneombud. Så da har vi det på plass i alle fall (Hovedverneombud).*

Noen informanter viser også til at det er viktig med samarbeid mellom hovedverneombud og hovedtillitsvalgt, men når de ikke får det til handler det ofte om tid og ressurser.

Vi har spurt personallederen hva typisk verneombudene tar kontakt med dem for. Svarfordelingen er vist i neste figur.



Figur 4.4 Hva er typisk årsaken til at verneombud tar kontakt med deg som personalleder?

Som figuren over viser, er det typisk arbeidsmiljø saker og konflikter som gjør at verneombud tar kontakt med personallederne. Unntaksvis handler dette om lønn. Det ser altså ut som det er grei fordeling i hvilke saker verneombud og tillitsvalgte tar med personallederen, så generelt er kanskje oppgave- og ansvarfordelingen mellom verneombud og tillitsvalgte grei, men ikke nødvendigvis når det gjelder IA-avtalen.

For å undersøke om det som kommer frem i noen av intervjuene om at verneombudene har lite frikjøpt tid, har vi spurt hovedverneombudene om dette.

Tabell 4.8 Har du frikjøpt tid til å ta det ansvaret og gjøre de oppgavene som det forventes av rollen din?

	Antall	Andel
Ja	98	65
Nei	41	27
Vet ikke	12	8
Totalt	151	100

65 prosent svarer at de har nok frikjøpt tid i forhold til oppgaver og forventninger som tilhører rollen som hovedverneombud. Vi finner at svarene varierer sterkt med kommunestørrelse, se tabell under.

Tabell 4.9 Har du frikjøpt tid til å ta det ansvaret og gjøre de oppgavene som det forventes av rollen din?

	Andel som svarer ja	Antall kommuner
0-1999 innb.	31	27
2000-4999 innb.	38	27
5000-9999 innb.	89	38
10K-19K innb.	95	23
20K-50K innb.	90	21
>50K innb.	100	6

Det er altså vanligere med opplevd mangel på frikjøpt tid jo mindre kommunen er. Vi finner også at det er høyere sannsynlighet for å mene at de har tilstrekkelig frikjøpt tid om kommunen har høyt sykefravær (også systematisk når vi kontrollerer for størrelsen på kommunen).

Tabell 4.10 Mener du at du og de andre verneombudene er tilstrekkelig involvert i IA-arbeidet i kommunen?

	Antall	Andel
Ja	46	30
Nei	81	54
Vet ikke	24	16
Total	151	100

Vi spør hovedverneombudene om de mener de er tilstrekkelig involvert i IA-arbeid i kommunen og finner at over halvparten mener at de ikke er det. Her finner vi ingen systematiske sammenhenger hverken etter kommunestørrelse eller etter sykefraværsliv.

#### 4.3.9 Kobling mellom IA-arbeidet og HMS-arbeidet i kommunene

Vi har spurt personallederne hvordan IA-arbeidet faktisk er koblet til HMS-arbeidet i kommunen. 182 av personallederne har svart på dette spørsmålet. Bredden i svarene er stor.

Noen forteller at IA og HMS i realiteten er lite integrert, og gir inntrykk av at denne koblingen ikke er så lett.

*Er litt usikker på om vår organisasjon betrakter IA-arbeidet som HMS-arbeid? Selv om både BHT, AMU, IA-rådgiver, HVO og de tillitsvalgte er involvert. HMS-ansvarlig hos oss er i liten grad involvert i arbeidet/tenkninger m.m. (Personalleder, relativt liten kommune).*

De aller fleste svarer likevel at IA-arbeidet er integrert i HMS-arbeidet på ulike måter. Det kan både være gjennom organisatoriske grep og gjennom utvikling av planer og prosjekt. En stor kommune som har god kontroll lister opp følgende punkter:

- Gjennom overordnet HMS plan og lokal HMS plan for virksomheten hvor konkrete mål og tiltak er nedfelt.
- Gjennom mål nedfelt i kommunens handlingsprogram knyttet til medarbeidere (resultatstyringssystemet).
- Resultatavtaler som den enkelte kommunalsjef inngår med rådmannen.
- Gjennom personalsjefens deltakelse i møter og utvalg og ansvaret knyttet til system og regler mv.

I mindre kommuner er det ofte samme personene som har ansvar for begge områdene som vi var inne på tidligere:

*Som både personal- og HMS-ansvarlig, ser jeg mange koblinger. AMU er overordnet organ for både IA- og HMS-arbeidet. De fleste styringsdokumentene, reglementene og rutinene, er laget som følge av HMS-regelverket, men vil påvirke IA-arbeidet og IA-målene både direkte og indirekte. Systematikken i IA-arbeidet er i stor grad basert på HMS-systemet. (Personalleder, liten kommune).*

*HMS-rådgiver er IA-kontakt (Personalleder, mellomstor kommune).*



*Samme person som er ansvarlig for begge (Personalleder, liten kommune).*

Noen sier at IA-arbeidet og HMS-arbeidet er koblet sammen gjennom verneombudene, mens andre sier det er koblet gjennom internkontroll. Flere sier også at det er BHT som er linken mellom IA og HMS i kommunen. Andre har organisatoriske løsninger som bedrer koblingen:

*Overordnet arbeid og fagpersoner er lokalisert i samme enhet, begge fagfelt er en del av kommunens overordnede målstyring innenfor fokusområdet medarbeidere og arbeidsformer (Personalleder, stor kommune).*

AMU og HAMU nevnes også hyppig som en viktig kobling av IA og HMS:

*Overordnet via AMU, to ganger pr år. Delegert til den enkelte leder både HMS og IA-arbeid. IA-arbeid anses som en del av HMS-arbeidet. (Personalleder, stor kommune).*

Det forventes at kommunene etter hvert har fått til en bedre kobling mellom IA og HMS. Vi har derfor spurt respondentene om dette i kartleggingen som nylig er gjennomført.

**Tabell 4.11 Synes du at kommunen etter hvert har fått til en bedre kobling mellom IA-arbeid og HMS-arbeid? Personalledere.**

	Personalleder	Tillitsvalgt
Ja, bedre kobling nå enn for et par år siden	52	49
Nei, omtrent som før	46	50
Nei, dårligere kobling nå enn for et par år siden	2	1
Total	100	100
Antall kommuner/svar	196	570

Det er altså rundt halvparten av kommunene som sier det er en bedre kobling nå enn for et par år siden, mens kun få sier det har blitt en dårligere kobling. Resten sier det er omtrent som før. For mange kommuner ser der derfor ut som de beveger seg mot målet i IA-avtalen om å få til en god kobling mellom HMS-arbeid og IA-arbeid.

#### **4.4 Oppsummering**

En tydeligere kobling mellom HMS og IA-arbeidet kan effektivisere IA-avtalen på flere måter. For det første er det så store fellestema i HMS og IA-arbeidet at det ville vært feil å ikke se de i nær sammenheng. IA-avtalen inneholder lite som ikke er en del av arbeidsmiljøloven eller HMS-forskriften, og kan dermed ses på som en forsterkning av lovverket. Uten å se dette i sammenheng, vil personaltjenestene ta hånd om det som er relatert til IA (oppfølging av sykmeldte, tilrettelegging og inkludering), mens vernetjenesten/HMS-tjenesten vil ta seg av det som handler om HMS (internkontroll, vernearbeid og arbeidsmiljø). Flere kommuner har gitt samme person ansvaret for både IA og HMS for å koble områdene tettere sammen, men de fleste gjør koblingen gjennom planer, arenaer (særlig AMU) og BHT. For de kommunene som fortsatt har to separate system, vil de sannsynligvis få større effekt om de ser områdene i sammenheng. Som vi sa i begynnelsen av kapittelet, IA-arbeidet kan ses på som en utvidelse av HMS-arbeidet, ved at det i tillegg tenkes inkludering og tilrettelegging for de med helseproblemer rundt det systematiske langsiktige arbeidet. Dette er ikke en del av det tradisjonelle HMS-begrepet, og Arbeidstilsynet sier for eksempel i intervju at de på grunn av IA-avtalen har blitt mer oppmerksom på tilrettelegging, og ikke bare forebygging (som tradisjonelt har vært deres fokus). Sykefravær er eksplisitt med i Internkontrollforskriften og

ligger dermed i HMS-arbeidet fra før. I tillegg til Arbeidstilsynet er også bedriftshelsetjenestene sentrale i HMS-arbeidet. Etter lovendringen om at BHT skal delta på dialogmøte 1, har naturlig nok BHT sin rolle i stor grad vært nært knyttet opp mot sykefravær, kanskje på bekostning av bistand til virksomhetene på HMS-området.

Gjennom en bedre kobling, kan kommunene oppnå både en styrking av IA- og HMS-arbeidet, ved å integrere IA-arbeidet godt i det eksisterende HMS-arbeidet.

Det som er utfordrende kan være rollefordelingen mellom verneombud og tillitsvalgte fordi verneombudene tradisjonelt tilhører HMS delen, mens tillitsvalgte tilhører IA-arbeidet. Nå er det store svakheter i de tillitsvalgtes involvering i IA-arbeidet i utgangspunktet, og dette skyldes den tradisjonelle rollen som tillitsvalgte har i forhold til lønn og arbeidsbetingelser. Uten at rammene for tillitsvalgtarbeidet oppleves å ha økt, samtidig som det ikke er noe mindre press på forhold rundt lønn og arbeidsbetingelser, er det sannsynligvis vanskelig å forvente at de tillitsvalgte skal være veldig involvert i IA-arbeidet i kommunene. Hovedtillitsvalgte har i større grad frikjøpt tid, men IA-arbeidet skal foregå ute på enhetene. De plasstillitsvalgte har lite frikjøpt tid. Dette er en av utfordringene knyttet til roller og ansvar og kan sannsynligvis forklare hvorfor ikke de tillitsvalgte i enhetene oppleves å være aktive i forhold til IA-arbeidet.

Uten at dette har vært en del av vårt prosjekt, ser det ut som regelverket rundt HMS arbeid i liten grad er tilpasset kommunal virksomhet. Det er kanskje behov for å lage en egen HMS-forskrift for kommunene.

# 5 Kultur og holdning

## 5.1 Innledning

I dette kapittelet er hovedproblemstillingen:

På hvilken måte kan kultur og holdningsendringer være en nødvendig forutsetning for å oppnå målene i avtalen?

De ulike kulturelle og holdningsmessige modellene for IA-arbeid som de ulike aktørene har, vil ha betydning for hvilket mulig handlingsrom man ser og hvordan det arbeides. Litt forenklet kan vi si at det er to hovedmåter å endre en kultur på: Ved å tilføre nye ideer og modeller som utvider mulighetsrommet, eller ved å forsøke å endre hvordan enheten praktiserer IA-arbeid.

Kultur, holdning og motivasjon er vanskelige forskningstema fordi begrepene kan defineres på mange ulike måter. Dette er vanskelige størrelser å måle og det er dermed kvalitative metoder som i stor grad benyttes på dette området.

Datagrunnlaget vi i hovedsak har brukt i dette kapittelet er tidligere forskning, intervjuer med de 20 kommunene og kartleggingen blant personalledere i litt over 200 kommuner. I kartleggingen har vi inkludert tre åpne spørsmål om holdninger og kultur for å få mer datagrunnlag direkte til problemstillingen:

- Hvordan kan kultur og holdningsendring bidra til å oppnå redusert sykefravær i kommunen?
- Hvordan kan kultur og holdningsendring bidra til økt inkludering av mennesker med redusert arbeidsevne i kommunen?
- Hvordan kan kultur og holdningsendring bidra til økt gjennomsnittlig avgangsalder (seniorpolitikk) i kommunen?

I tillegg til å se på disse spørsmålene, diskuteres kultur og holdning i forhold til arbeidsmiljø, ledelse, systemnivå med mer.

Vi kommer tilbake til hvordan personallederen har svart på disse spørsmålene i kapittel 5.3. Først litt teori og tidligere forskning for å sette rammene.

## 5.2 Teori og tidligere forskning

Statistikk viser at det er spesielt pleie-, omsorg og barnehager som har høyt sykefravær i kommunal sektor (SSB). Felles for disse arbeidsplassene er at de er kvinnedominerte, tett brukerkontakt og tjenesteområder som spiller en vesentlig rolle i folkehelsearbeidet. Årsakene til hvorfor det er høyere sykefravær for kvinner, er det ingen klare forklaringsmodeller for. Sintef har tidligere gjennomført en undersøkelse av inkluderende arbeidsliv i kommunene, hvor det kom frem at ledelse og arbeidsmiljø er tema som byr på spesielle utfordringer i IA sammenheng (Ose, Brattlid et al., 2011).

Når det gjelder ledelse og arbeidsmiljø har det vært en utfordring å finne en kontekstrelatert, relevant ledelsesteori som er tilpasset rollen som leder innenfor disse kvinnedominerte, omsorg og serviceyrkene. NOKUT revideringene av utdanningen for sykepleiere og førskolelærere, bekrefter at grunnutdanningen i for liten grad klarer å forberede studentene på de ulike lederoppgavene som de møter både i barnehager og helse og omsorgssektor (NOKUTs rapporter ISSN [1501-9640]). Evalueringen til NOKUT for 2009/2010 belyser førskolelærerutdanningens faglige innhold og hvilke områder som studentene opplever som mangelfulle. I NOKUTs hovedrapport for 2010 kommer det frem at førskolelærerutdanningen må forberede studentene bedre på rollen som pedagogisk leder og personalleder, og behov for mer omfattende personallederkompetanse og kunnskap om samarbeidet og samarbeidsformene med barnehageeier, kommunale etater, og fylkeskommunen understrekes også. Det vises til at i flere intervjuer som ble gjennomført i kartleggingsfasen av evalueringen, ble det diskutert om det var høgskolens eller fremtidig arbeidsgivers ansvar å utvikle lederkompetanse utover pedagogisk ledelse. I intervjuet med lederne kom det frem uenighet om hva lederopplæring i førskolelærerutdanningen skal være.<sup>4</sup> Når det gjelder helse og omsorgstjenesten foreligger en noe eldre revidering av alle akkrediterte bachelorgradsstudier (grunnutdanninger) og mastergradsstudier i sykepleie/Sykepleievitenskap, etter vedtak i NOKUTs styre 17. juni 2004.<sup>5</sup> Formålet med studiet var blant annet å gi kunnskap om relevans for undervisning og lederskap innen sykepleie. I evalueringen ble det oppsummert at masterstudiet hadde et behov for en tilpasning, for å omfatte faglig ledelse og administrasjon i kommunehelsesektoren.

Til tross for at ledelse er et av de områdene som det er forsket mye på, kan det tyde på at de tradisjonelle generelle ledelsesteoriene ikke helt dekker behovet for ledelse innenfor kommunal sektor, med det samfunnsansvar og de forventningene som lederne blir møtt med av sine ansatte og brukere av tjenesten.

Kommunen som arbeidsplass har en "inneverden" med de kulturelle prosesser og holdninger som er spesielt for den kontekst som eksisterer der. Når kultur og holdninger i en kommune skal undersøkes betyr det ikke nødvendigvis at man får en fullstendig innsikt gjennom å betrakte kulturen utenfra, den må også forstås innenfra med de særegenheter som er ved å være en kvinnedominert arbeidsplass. Samtidig er kommunen også et åpent system, og er under kulturell og holdningsmessig påvirkning av kommunens "omverden" (stat, fylke, innbyggere, brukere av kommunens tjenester etc).

Lederes væremåte, reaksjoner på hendelser, belønning, utnyttelse av kompetanse i et arbeidsmiljø, lederstil og lederfilosofi har stor innflytelse på dannelse av kultur og holdninger (Schein, 1994). Det er forsket mye på ledelse og den avgjørende betydning dette har for ansattes trivsel og helse.<sup>6</sup> Derfor

---

<sup>4</sup> Evalueringen til NOKUT for 2009/2010 (NOKUTs rapporter ISSN [1501-9640]) En oppfatning var at studentene tilegner seg tilstrekkelig kunnskap om relevant ledelse (dvs. pedagogisk ledelse) i utdanningens 2,5 første år, et syn som hadde ført til at en tidligere fordypningsenhet i Organisasjon og ledelse som var knyttet til utdanningen nå var fjernet. Andre var svært negative til å fjerne denne fordypningsenheten, idet de viste til at en nyutdannet førskolelærer med stor sannsynlighet får en mer omfattende lederrolle enn pedagogisk ledelse, for eksempel personalledeelse. Disse mente at det i Hovedmodellen bør være rom for en fordypningsenhet knyttet til ledelse.

<sup>6</sup> God ledelse fremheves av alle kommunene som den viktigste indikator for et inkluderende arbeidsliv og medarbeidernes trivsel på arbeidsplassen (Ose, Brattlid et al., 2011). I en egen undersøkelse blant et stort

vil man ikke komme utenom ledelse som et viktig og sentralt tema, både når man snakker om etablerte kulturelle normer og holdninger, samt hva som kan påvirke endringer av kultur og holdning, at ledere også må endre sin oppmerksomhet (ibid).<sup>1</sup> Behovet for god ledelse er funnet å være avgjørende for å få til velfungerende IA-arbeid i kommunal sektor (Ose, Brattlid, et al., 2011). I tillegg forteller mange ledere innen kommunal sektor om en noe frustrerende ledelsesfunksjon (ibid).

Hvilken kontekst lederen må forholde seg til, påvirker og legger føringer for både ledelse, kultur og holdning (Schein, 1994). Om man er toppleder eller leder på et operativt nivå gir dette ulike rom og muligheter til å påvirke kultur og holdning (ibid).

Det kommunale byråkratiet med de ulike administrative ledernivåene er vist i tabellen nedenfor. Tabellen viser den kontekst som er spesiell for hvert enkelt ledernivå, med den særskilte funksjon, administrativt ansvar og utfordringer som er kommunisert som noen utfordringer på det enkelte ledernivå.

**Tabell 5.1 Administrasjon og ledelse i kommunens helse og omsorgstjeneste utspiller seg i en spesiell kontekst (Ose, Brattlid, et al., 2011)**

Kontekst nivåer i kommune	Ledelses funksjon	Administrativt ansvar	Utfordring
Politisk nivå Kommunestyret ved ordfører	Folkets ombudsmann Ledelse, utforme policy , samfunnsutvikling og endring	Arbeidsgiveransvar, prioritering, beslutning og oppfølging av politikk	Statlige føringer, mange interesser, uklare forventninger
Institusjonelt nivå (rådmannsnivå)	Styring og strategiske planleggingsfunksjoner i overensstemmelse med politiske og økonomiske føringer	Realisere verdier og omsette policy i handling, organisasjonsutvikling og revisjon i henhold til politiske forventninger	Oversettelse av politiske vedtak. Virksomhetsforståelse Verdi og styringsparadokser
Interpersonlig nivå Kommunalsjef nivå Virksomhetsnivå	Avbyråkratisering – legge til rette for samarbeid HMS og kvalitetssikring	Fag, personal, økonomi og systemansvar Rekruttering, kompetanse - utvikling	Ledelse og systemforståelse. Roller, forventninger, delegering av daglig drift, enkeltsaker
Operativt nivå (Avdelingsleder gruppeleder –	Utvikling av teamsamarbeid Organisasjonsforståelse Medvirkning, utnytte og realisere kompetansen	Daglig drift Basisbemanningen Hjelpepleier/fagarbeider Assistent, vikar	Tillit, dialog lagarbeid erfaringsoverføring og organisasjonslæring konflikt
Faglig nivå	Tjenesteutøvelse overfor brukerne av tjenesten, lege, sykepleiertjenesten (koordinering og differensiering)	Faglig veiledning Faglig oppfølging av bruker	Profesjon og rolleforståelse. Tillit og faglig dialog med basisbemanningen

Tabellen viser hvilke nivåforskjeller det er i administrativt ansvar og oppgaver mellom ledernivåene når det gjelder de omgivelser og grupper de må forholde seg til, hvilke funksjoner som de har hovedansvar for og hvilke ressurser de har kontroll over.<sup>7</sup> Av denne oversikten blir det klart hvordan

utvalg hjelpepleiere i kommunens pleie- og omsorgstjenester, finner vi også at leder ser ut til å ha størst betydning for trivsel (Ose et al., 2009).

<sup>7</sup> Mye ledelsesforskning vil hevde at det er en grunnleggende forskjell mellom administrasjon og ledelse. Ledelseslitteratur beskriver ofte forskjellen mellom administrasjon og ledelse som to sett av likeverdige lederfunksjoner men med ulikt innhold. Administrasjon handler om kontroll, og det å skape funksjonelle rammer og gi føringer for tjenesteproduksjonen (Bryman, 1992).

de ulike ledernivåene er knyttet sammen, og at det er behov for god samhandling mellom de ulike ledernivåene for å lykkes med en gjennomgående kultur og holdningsendring.

Som vi ser nederst i tabellen, er det på et faglig nivå ansatte med ulik kompetanse og ulike roller som skal samarbeide. Koordineringen mellom dem kan representere en utfordring for lederen i det konkrete IA arbeidet, med for eksempel tilrettelegging av arbeidssituasjonen for ulike fagpersonell for å utnytte kompetansen til de ansatte best mulig, i arbeidet med å skape kvalitet for bruker.<sup>8</sup>

På et rådmannsnivå kan det være en utfordring å skape samsvar mellom politiske vedtak, innbyggernes forventninger og tjenester. Uavklarte forventninger til ledelse kan føre til at lederen stråler ut "løfter" om å dekke behov som ikke er åpent kommunisert i organisasjonen (Sørhaug, 2003).<sup>9</sup> Slike uavklarte forventninger kan i verste fall gjøre at ledere blir til rene fantasifigurer, og som følge av disse kan ledere bli ganske isolert og være svært vanskelig å komme ut av. Lederstil er derfor også et stikkord i en forventningsavklaring til ledere i arbeidet med kultur og holdninger, for å bli ansett som kompetent på de ulike nivåer i en organisasjon (Sørhaug, 2003).

KS egen ledelsespolicy er beskrevet i Arbeidsgiverstrategi Stolt og unik mot 2020 (AGS 2020). Det overordnede begrepet i ledelsespolicyen er å lede i det skapende spenningsfeltet mellom de folkevalgte, den kommunale organisasjonen og innbyggere, brukere og andre interessenter. Dette stiller derfor stadig nye krav til det kommunale lederskapets evne til samhandling med omgivelsene, nyorientering, og nye måter å organisere og lede på. I kommunal sektor er det mer og mer vanlig å definere hvilke verdier som skal danne grunnlaget for ledelsesprosessene, og dette kan danne grunnlaget for en verdibasert ledelse.<sup>10</sup> Verdier knyttet til rettferdighet og likhet i behandling av kommunens innbyggere og lojalitet til politiske myndigheter er verdier som lederne må prioritere, men mange verdier er også knyttet til kommunens medarbeidere og den faglige standarden som de knytter til en tjeneste.

Det er kommuneledelsen som har ansvar å realisere strategier og angir den retning som kommunen skal utvikles i, hvordan og på hvilket nivå IA skal forankres og ledes. En rekke offentlige dokumenter har i de senere årene fokusert i sterkere grad på verdier og etikk i den offentlige forvaltningen og dette gir sterke føringer for utvikling av kultur, holdning og ledelse i kommunal sektor.<sup>11</sup> Verdier og etikk gir sterke styrings- og utviklingssignaler for ledelse (Selsnick,1997).

I en kommunal sammenheng kan verdier klassifiseres i et verdihierarki: 1. Lojalitet til politiske beslutninger og myndigheter, for eksempel rettferdighet knyttet til tildeling av tjenester til innbyggerne, 2. Fagprofesjonenes etiske normer som legger føringer for utøvelsen av tjenesten og

---

<sup>9</sup> Ledelse følger en vertikal linje helt til bunns i organisasjonen, og baserer seg på en relasjon med ledernivået under. Ledelse består altså i å utøve makt i en annens navn. (Sørhaug:2003).

<sup>10</sup> Verdibasert ledelse knyttes ofte opp til og mot lederens evne til å uttrykke en verdibasert visjon som skaper et moralsk engasjement hos sine medarbeidere (Selsnick,1997). Innenfor verdibasert ledelse er det viktig å drøfte hva som er grunnleggende verdier og hvilke verdier som er mer situasjonsavhengig. Det kan gi kommunens ledelse en bedre omstillings og endringsevne. Dersom det er sentrale verdier som er stabile og godt forankret i kommunen, kan det være lurt å basere slike prosesser på de verdiene, samtidig få endret på verdier som er mer i bevegelse.

<sup>11</sup> KS har satt fokus på etikk og styring. Revidert og utvidet utgave av KS Etikkhåndbok for kommunal sektor fra 2012, retter også oppmerksomhet mot organisasjonskulturen med de skjulte verdier og holdninger man ikke er klar over.

faglig standard, og 3. Verdier og etiske normer på individuelle preferanser til den enkelte ansatte kan føle seg tiltrukket av i en bestemt situasjon. Klassifiseringen illustrerer også betydningen av å sette dette i et sammenhengende system, slik at det ikke oppstår verdikonflikter. Det kan for eksempel være verdier som kommer til overflaten i arbeidet med kultur og holdning som man må være oppmerksom på, kan kreve samarbeid mellom ledelse på ulike nivå for å lykkes på en god måte.

Ansvarsområder som rapportering, oppfølging av sykemeldte etc. som oppgis til å være et særskilt område innenfor personalledelse som en administrativ belastende oppgave som stjeler mye tid fra å yte god oppfølgende ledelse i det daglige. Dette kan utfordre både kultur, ledelse og ansattes holdning til hva som er god oppfølging (Ose et al. 2013).<sup>12</sup>

Habermas tar opp forholdet mellom en kulturs sosiale system og menneskets livsverdenen (Habermas, 1999). I hans teori er det vesentlig at en intersubjektiv livsverden som ansatte samhandler innenfor, kommer opp i dagen, gjennom at man kommuniserer åpent med hverandre i daglig samhandling. Da kan det skje en påvirkning på kulturens sosiale system. Habermas tilpasning av sosialt system og livsverden innbyr til en viktig utfyllende betraktning av både det å være en tilskuer og deltaker av et system på samme tid. På den ene siden er en ansatt tilskuer til kommunens praksis, men på den annen side også deltaker innenfra. Et spørsmål i et slikt perspektiv er hvorvidt folkehelse som er kommunens samfunnsansvar i "omverdenen", også bør inkludere de ansatte i den "interne livsverdenen", for at de ansatte skal oppleve samsvar mellom det som er kommunens intensjon og det de selv erfarer i praksis, at folkehelse gjelder også for dem (jf kapittel 2). De ansatte er dermed ikke bare definert gjennom det sosiale systemet gjennom sin rolle som for eksempel sykepleier, lærer eller barnehageassistent, men også i lys av også å være et helt autentisk individ med kropp, sinn og personlighet. (Bråten, 2001).<sup>13</sup>

Ragnhild Kvålshaugen finner i sin studie av "Autentisk ledelse på Norsk", at flere av informantene trakk frem at de føler seg mer komfortable med begrepet «troverdige ledelse» enn «autentisk ledelse» (Kvålshaugen: 2007). Autentisk/troverdige ledelse har en positiv effekt på de ansattes motivasjon. Egenskaper ved autentisk leder kan virke som sterk driver for å motivere ansatte til å yte sitt beste. Det hevdes at denne typen lederskap fremmer positiv organisasjonsatferd spesielt i relasjonen mellom leder og ansatt. En åpen og involverende autentisk leder har en positiv effekt på de ansattes motivasjon, lojalitet, holdninger og engasjement, har en positiv smitteeffekt på de ansatte og blir oftere en rollemodell for de ansatte som de beundrer og har tillit til. Dette fører til at de ansatte emosjonelt blir smittet av sin leder (Kvålshaugen, 2007). Over tid vil dette inkorporeres i organisasjonskulturen, og det skapes en organisasjon preget av positivitet og tro på fremtiden (ibid).

I artikkel "Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership" skriver Bruce J. Avolio og William L. Gardner om at samfunnsansvarlig ledelse er å være autentiske ledere som demonstrerer tillit, optimisme, håp og konsistens mellom deres ord og handlinger. Videre refererer de til Gardner og Ilies, som mener at autentiske ledere har oppmerksomhet på å utvikle

---

<sup>13</sup> Kommunikasjon i perspektivet til Luhmann, bygger på normative og ideelle betraktninger. En slik systemkarakteristikk blir på en måte en "gjenstandsgjøring" av for eksempel kommunens brukere og de ansatte. De deltar ikke som psykiske subjekter. De blir i Luhmanns teori henvist til sosiale systemets omverden. Det intersubjektive i betydning av det som skjer mellom de ansatte som individuelle subjekter får ikke plass i Luhmanns ramme. (Bråten: 2001,160).

medarbeidere ved å modellere og støtte selvbestemmelse ytterligere (Avolio og Gardner, 2005). De understreker at all ledelse er relasjonell i sin kjerne.<sup>14</sup> Autentiske ledere får tilhengerne ved å skape mening og en positivt sosialt konstruert virkeligheten for seg selv og tilhengerne. Kjerneverdiene til autentiske ledere motiverer dem til å gjøre det som er riktig og rettferdig for medarbeiderne og å skape et spesiell type forhold som inkluderer høy gjensidig tillit, åpenhet, veiledning mot verdige delte mål og vekt på velferd og utvikling. Autentiske lederes medarbeidere identifiserer seg mer med lederen personlig og med teamet eller den organisatoriske enhet sosialt.

### 5.2.1 Kultur og relasjoner

Opprinnelsen til kulturbegrepet har en gammel forløper i begrepet "institusjonalisering" som betyr at en organisasjon utvikler sin egen livsform, etter hvert uavhengig av medarbeiderne som arbeider der (Kaufmann & Kaufmann, 2003). En populær definisjon av organisasjonskultur er derfor blitt "måten vi gjør tingene på her hos oss".<sup>15</sup>

I definisjonen antydes også at en kultur kan romme ulike virkelighetsoppfatninger og en forståelse av at kultur består av flere lag av forståelse som kan brytes ned i ulike nivåer av "synlig og ikke synlig" uttrykk. Kultur og holdninger kan altså være åpent kommunisert, eller ikke åpent kommunisert som tabuer det ikke er så stor bevissthet om eller aksepterte holdninger som likevel kan være en del av et miljø, se tabell under.

Tabell 5.2 Kulturelle nivåer og sammenhenger systematisert i tabell

Kultur nivå	Kultur Mennesket i et systemperspektiv	Mønster av ekstern tilpasning eller intern integrasjon	Positiv verdi	Negativ verdi	Oppmerksomhetsnivå
3 – Synlig men ofte umulig å tyde	Synlig, hørbare, observerbare produkter av status og atferd	Sosiale normer, kommunikasjon og skriftlighet	Helse Åpenhet Trygghet	Sykdom Isolasjon Frykt	<b>Faglig</b> Fagtekniske oppgaver, gi kunnskap <b>Resultat</b> Læring Omforme, utvikle organisasjonen
2 – Høyere bevissthets nivå	Overbevisninger om hva virkeligheten består i, hva som er den rette måten å forholde seg på	Relasjoner og problemløsning	Muligheter Samarbeid Team	Trusler Konkurransen Allianser	Endre atferd, utvikle spesifikke ferdigheter (gode samtalen, konflikthåndtering, stressmestring). Relasjonsorientert – dialog, evne og vilje til å arbeide sammen med andre
1 – Under bevissthet det usynlige før bevisste nivå	Grunnleggende overbevisning for hvordan verden og mennesket fungerer Skapt, oppdaget eller utviklet gjennom læring i en gruppe	Forhold til egen kropp, egne tankemønstre, følelser og opplevelse av mening og sammenheng	Overflod, Helhet og verden er god. Mening	Knapphets tilstand, fragmentert og verden er ond. meningsløs	Inkluderer kunnskap, holdninger, følelser, fokus på både atferd, tankemessige forhold og følelsesmessige forhold  Diagnose, mål, endring

<sup>14</sup> Avolio og Gardner er opptatt av det relasjonelle aspektet ved autentisk ledelse og retter oppmerksomheten mot utvikling av autentiske relasjoner, som de hevder er en sentral komponent i utviklingen av lederskap (Avolio og Gardner 2005:332). Autentiske ledere får tilhengerne ved å skape mening og en positivt sosialt konstruert virkeligheten for seg selv og tilhengerne (Avolio og Gardner, 2005).

<sup>15</sup> Edgar Schein definerer kultur som et mønster av grunnleggende overbevisninger - skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene (Schein, 1994)



Synlig atferd kan for utenforstående være et uttrykk for et kulturelt fenomen (Schein, 1994). En grundig psykologisk analyse ligger til grunn for Scheins definisjon av kultur, som også relaterer enkeltindividets reaksjoner og kulturelle uttrykk til ledelse, gruppeprosesser og utvikling av samhandlingsmønster i en gruppe (ibid). Et arbeidsmiljø kan stå fast i et mønster med uklare roller, forventninger, organisering og ledelse som organisasjonen selv ikke er klar over fordi det er blitt en så inngrodd del av bedriftskulturen. Selv om det finnes mange ulike definisjoner av hva en holdning er, er de fleste psykologer enige om at det karakteristiske ved en holdning er at den inneholder en dimensjon der man evaluerer for og i mot noe.<sup>16</sup>

Statistisk sentralbyrå har definert holdninger slik:

*"En holdning er en disposisjon for å reagere på et bestemt fenomen på en bestemt måte. Holdninger forenkler vurderingen av nye fenomen ved at allerede etablerte sympatier og antipatier aktiveres. Holdninger rører ved både følelsesmessige og kunnskapsmessige sider ved bevisstheten. I varierende grad danner de også utgangspunkt for handlinger."*

Holdninger er relativt konstante over tid, men de kan endres som følge av sosial påvirkning gjennom omgang med andre. Holdninger er også knyttet til motivasjon (Eagly og Chaiken, 1995). Tendensen er å holde fast ved en holdning dersom den er tjenlig, og endre den dersom opplevelsen av egne holdninger og atferd ikke passer overens.

### **5.2.2 Kulturell disiplineringsmakt og påvirkning på helse.**

Relasjonell kompetanse utvikles gjennom refleksjon (Skivik, 2009). Det er gjennom det relasjonelle nettverket at lederen kan utøve sin kulturelle og holdningsmessige innflytelse i sitt samarbeid med sine ansatte (ibid).

Først har organisasjonens ideologiske kunnskapsgrunnlag og kultur en avgjørende betydning for den respons som gis overfor enkeltmedlemmenes behov (Norvoll, 2007).<sup>17</sup> I praksis er det en kulturell disiplineringsmakt som setter en standard for hva en kan forvente seg å få oppfylt av sine behov i den organisatoriske sosiale sammenhengen.

En kulturell disiplineringsmakt kan også "slå ned" på ulike atferdsmåter som i utgangspunktet kan være ganske harmløst ment, men likevel bryter med kulturens normer for hva som er akseptert. Et eksempel fra industri som ofte er trukket frem er konsekvenser av å "sprengte akkorden". Reaksjoner på brudd og disiplineringsstrategier, kan for eksempel være å møte en ansatt med hersketeknikker som taushet, ydmykelser, kulde, avvisning eller krenkelse. Relasjonell disiplinering har også en sentral påvirkning på helse (Glasø og Einarsen, 2006). Det er med andre ord et dobbeltsystem av ulike virkemidler og former som er med på å disiplinere ansatte, på den ene siden gjennom sanksjoner, og på den andre siden ved å gi belønning og anerkjennelse. Basert på data fra 270 ledere og 542 medarbeidere fra offentlig og privat sektor, er det identifisert emosjonelle faktorer som ledere og medarbeidere opplever under samhandling (ibid). Disse er vist i tabellen under.

---

<sup>16</sup> Eagly og Chaiken (1993) sin definisjon av holdninger er: "A psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor".

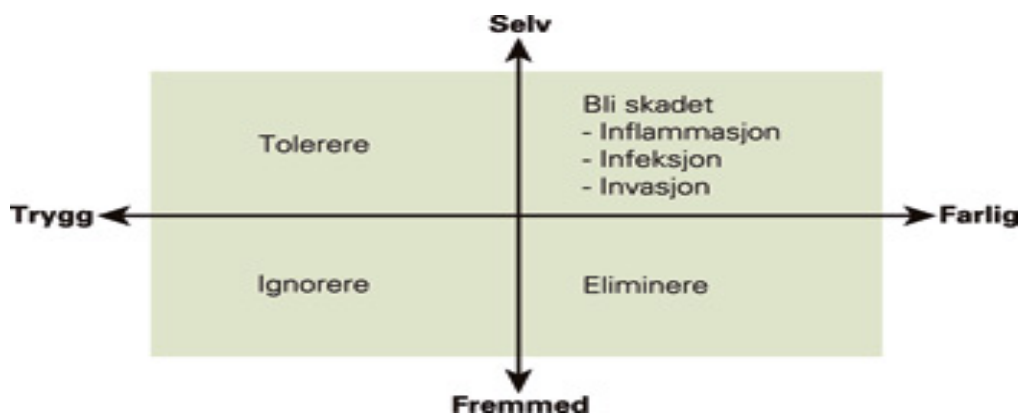
<sup>17</sup> Organisasjoner kan på bakgrunn av hva som defineres som "normalt" av kulturen velge å se bort fra enkeltpersoners erfaring og behov som enten normalt eller som avvikende. I en sosial sammenheng har mennesket grunnleggende behov; tilhørighet, identitet, innflytelse, kontroll, makt, aksept og nærhet (Haukedal, 2000; Schein, 1994).

Tabell 5.3 Emosjonelle faktorer i leder–medarbeider-relasjonen (Glasø & Einarsen, 2006)

Emosjonelle faktorer	Affekter
Ivaretakelse	<i>Tilfreds, glad, vel, begeistret, likt, lykkelig, inspirert, anerkjent, forventningsfull, interessert, respektert, verdsatt, takknemlig og ivaretatt</i>
Frustrasjon	<i>Oppgitt, irritert, frustrert, lei, skuffet, sint, sur og utålmodig</i>
Krenkelse	<i>Krenket, nedverdiget, neglisjert, ydmyket, truet, trakassert og frastøtt</i>
Utilpasshet	<i>Engstelig, usikker, fryktsom, redd, sjenert, forlegen, utilstrekkelig, skamfull og utrygg</i>

En person som er ny i en organisasjon, må lære å ivareta sin egen integritet samtidig som han må forholde seg til de andre i gruppen. Enkelthendelser kan gi innsikt i gruppens normer, men også bidra til kognitive og følelsesmessige redefineringer og endringer i miljøet (Schein, 1994). Kulturendring er mulig gjennom å påvirke den. Hvis en kulturell antakelse må gis opp, er det opp til lederen å erstatte den med en annen form gjennom å selge inn nye visjoner og begreper (ibid).

Arbeidstakere har rett til å si fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, men må ta et visst hensyn til at arbeidsgiver, arbeidsmiljø og kolleger ikke skades unødig (arbeidsmiljøloven § 2-4). I noen tilfeller kan arbeidstaker også ha plikt til å si fra (ibid). En person som erfarer at han er blitt krenket i sitt selvbilde, kroppserfaring, etiske levereregler mm med en sosialt tabubelagt erfaring i miljøet, kan videre risikere å bli krenket enda en gang av arbeidsstedet som sådan ved ikke å bli tatt på alvor (Margalit, 1996).<sup>18</sup> Lege og professor Kirkengen har forsket på krenkende overlast og kompleks sykdom, og viser hvordan polariseringen mellom en selv og andre (fremmed) er knyttet til personens erfaring som henholdsvis trygt eller farlig. Se figuren under.



I polariseringen mellom selv og fremmed og knyttet til et erfaringskontinuum fra «trygt» til «farlig» kan individet velge mellom å godta, åpne seg for, tilpasse seg, skjerm seg eller verne seg. Individuer som står under tvang, har ikke slike valg. De prosesser som da tar overhånd, krysser grenser. Derved spiller de sin kilde: Skadet integritet (Kirkengen:2007)

Figur 5.1 Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv Kirkengen (2007)

<sup>18</sup> Personer som har opplevd krenkelser kan igjen risikere ytterligere krenkelse gjennom feilaktig "hjelp" av helsevesenet, ved å stigmatisere en krenkelse som en sykdom, diagnoser og videre ved medisinsk hjelp dersom ikke krenkelsen behandles som det den var i henhold til den opprinnelige situasjonen som oppsto i miljøet (Kirkengen, 2005).

En som er krenket kan prøve å unngå nye krenkelser med ulike tiltak: Beskyttende og taktiske tiltak som for eksempel unngående, selvpålagt begrensning, kontroll og vaksomhet. Tilpasningene kan for andre virke som "sær" atferd og føre til en stigmatisering av omgivelsene, selv om det er høyst rasjonelt sett fra den krenkede personen (Kirkengen, 2007).

Margalit knytter etikk og anstendighetsbegrepet til samfunnsinstitusjoner som utøver makt i kraft av sitt samfunnsansvar (Margalit, 1996). Margalit mener at menneskers rett til ukrenkelighet ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av et samfunn som er sivilisert. Margalit beskriver det siste århundret i menneskets historie og hvor lett det er å henvise til overordnede målsettinger eller andre hensikter, enten de er politiske eller sosiale, som argument for å for å overse eller ikke undersøke menneskelige krenkelser. Tanker har ikke automatisk forrang over menneskets sansbare persepsjon. Mennesket er et kroppslig jeg som står i en sanselig interaksjon med omverdenen (Merleau, Ponty M, 1998 ). Dersom maktfulle institusjoner ydmyker mennesker som både jobber der, men også de individer som disse er satt til å tjene, er de uanstendige (Margalit, 1996). Det er heller ikke slik at samfunnets institusjoner sikrer alle samfunnets medlemmer lik behandling. Organisatorisk utforming kan bidra til å skape krenkende praksiser overfor de som organisasjonen er satt til å tjene. Kunnskap om krenkelser må omsettes i adekvate lover og tiltak (Kirkengen, 2005).

Fordi mennesket er i verden som en kropp, angår hver krenkelse også det krenkende menneskets kroppslighet (Merleau – Ponty M, 1998). En person som har opplevd krenkelser går igjennom ulike stadier. For å bli frisk må man ta utgangspunkt i offerets fortelling og oppfatning av hva som skjedde, hvordan og hvorfor (Kirkengen, 2005).<sup>19</sup> Nevrologien har funnet at mennesker er i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre (Goleman, Boyatzis, Mckee, 2005). Vi påvirkes av hverandre emosjonelt - en annens følelser og sinnsstemninger påvirker en og det kan være både positivt og negativt (ibid). Hvordan man går inn i feltet menneskelig livsverden kan være forskjellig. Respekt for at folk er forskjellig og kan nås på ulike måter, våre sanser er ikke likt utviklet. Noen har sterkere hørsel enn andre, synet er forskjellig, og den kroppslige sansen og tilstedeværelsen kan være forskjellig.

### **5.2.3 Muligheter for utvikling av ledelse i kommunal sektor**

Den nye Folkehelseloven som ble iverksatt fra 01.01.2012 gir en mulighet for ledelse å videreutvikle kultur og holdning. Den nye loven legger økt oppmerksomhet på det samfunnsansvaret som kommunene har for folkehelse gjennom sine tjenester til innbyggerne. Kommunenes samarbeid med for eksempel NAV Arbeidslivssentre bidrar til å dreie lederens oppmerksomhet over på helsefremmende ledelse og arbeidsplasser innenfor IA.<sup>20</sup>

Dette er for det første et kontekstuel ledelsesspørsmål, det vil si at det stilles krav til at ledelse også settes inn i en større samfunnsmessig sammenheng. Ledere kan lede sine medarbeidere gjennom å bevisstgjøre deres betydning for og påvirkning folkehelsen. For eksempel hvordan en barnehageansatt kan forebygge senere problemer for et barn, gjennom sitt bidrag i arbeidet med å utvikle gode faglige tjenester.

---

<sup>19</sup> Det er uetisk å ignorere et menneskes livserfaring hvis man skal hjelpe noen på en adekvat måte. Sanselig persepsjon og kognitiv bevissthet er selvrefererende erfaring, og opplevd mening sitter i kroppen. (Kirkengen, 2005).

<sup>20</sup> Salutogenese , helsefremmende lederskap for helse og fremgang (Hanson,2010)

I et helsefremmende ledelsesperspektiv er det derfor farlig å tro at alle skal jobbe med de samme tingene (Hanson, 2010). Ledelse i et slikt perspektiv må ha oppmerksomhet på de ansattes ulike ressurser og kompetanser, og bruke denne i det forebyggende arbeidet. Ansatte har ulik ståsted og ulik trygghet i møte med brukere. Individuell tilrettelegging må derfor ikke bare være ut fra et sykdom med fysiske eller psykiske plager, men ut fra et trivsel, trygghet og kompetanseperspektiv. Gjennom et slikt perspektiv til ledelse, kan kommunene bli bedre i stand til å hente ut og forløse den ressursen som er i personalgruppen ref. kapittel 3 om å øke ansattes jobbmobilitet.

*Management* med vekt på administrasjon, system og drift kontra *leadership* med tidsbruk i forhold til fokus på forutsetninger for å angi retning, nå mål, ta valg, team og samspill (Minzberg, 2009). Å lede kompetente og selvstendige medarbeidere forutsetter at lederskapet beveger seg fra å lede i kraft av posisjon til å lede ved relasjonsbygging, delegering og selvledelse. Å lede kompetente medarbeidere handler vel så mye om lederens administrasjon, gjennom å definere trygge rammer og systemer som fremmer nettopp relasjoner og selvledelse. Administrasjon i et slikt perspektiv er en indirekte form for ledelse som blir svært vesentlig for å styrke opplevelsen av at man jobber sammen innenfor ett og samme system, og som er uttrykk for et sett av verdier som gjelder likt for alle uansett hvilke oppgaver de arbeider med.

Det grunnleggende relasjonelle aspektet i ledelse har satt fokus på menneskelig avhengig av å stå i et positivt godt forhold til andre mennesker, for å regulere sin egen emosjonelle stabilitet (Golman, Boyatzis, Mckee 2005). Denne type forskning har kastet lys over hvilken makt den emosjonelle intelligente leder har til å inspirere, tenne glød og holde folk motivert og engasjerte på en god måte på arbeidsplassen.<sup>21</sup> Empati og evne til å stille seg inn (resonans) på det emosjonelle registeret de ansatte har, er en ressurs som fremheves innenfor positivt lederskap. Dette kan for eksempel være å ha forståelse for medarbeidernes følelser i forbindelse med nedleggelse av tjenestetilbud, omorganisering, økonomiske nedskjæringer, at en kollega mister jobben, slutter mm. Å forstå, sette seg inn i og handle intelligent ut fra slike hendelser gjør at de ansatte føler seg forstått, og gir en bekreftelse på at lederen bryr seg om dem (Golman, Boyatzis, Mckee 2005).

Dersom ledelsen skal endre sin oppmerksomhet og styring mer over mot relasjonelle og kompetansemessige forskjeller som er i en personalgruppe, krever dette en sterk bevissthet på egne holdninger, etikk og verdibasert ledelse (Golman, Boyatzis, Mckee 2005).

Det vil alltid være ulike områder som påvirker IA indirekte, og som også krever lederens og ansattes oppmerksomhet i det daglige arbeidet. Tre tema som nevnes er hvordan ledelse av kvalitetsutvikling foregår, hvordan brukerforventninger avklares, stressmestring og konflikthåndtering i et

---

<sup>21</sup> Positiv ledelse er en av de lederteorier som har sprunget ut av nevrologien. Disse lederteoriene er basert på nye kunnskap og gjennombrudd i hjerneforskningen som viser hvordan lederes sinnsstemninger, følelser og handlinger påvirker de som ledes. Årsaken til at lederens opptreden betyr så mye er kort fortalt basert på kunnskap om det limbiske systemet (emosjonelle sentre) i hjernen. Dette fungerer som et åpent sløyfesystem, og er derfor avhengig av ytre kilder for å regulere seg selv. Innenfor denne ledelsestradisjonen har det vært fokusert på hvilke emosjonelle ressurser eller emosjonell intelligens en leder må ha og hvilket emosjonelt klima som må skapes for å være i stand til å inspirere andre til å gjøre sitt beste og trives i arbeidet. Lederens evne til å påvirke arbeidsgruppen emosjonelt i en positiv retning er den primære oppgaven til en leder innenfor denne lederteorien (Golman, Boyatzis, Mckee 2005).

arbeidsmiljø. Vi har valgt å ta disse med, siden dette også kan være forhold som kan bidra på bedre resultater i kommunenes arbeid med IA.

## 5.3 Resultater og funn

Vi starter med å se på hva personalledere i kommunene mener om hvordan kultur- og holdningsendring kan bidra til å nå målene i IA-avtalen.

### 5.3.1 Hvordan kan kultur og holdningsendring bidra til å oppnå redusert sykefravær i kommunen?

Det er 170 av 203 personalledere som har svart på dette åpne spørsmålet i vår spørreundersøkelse. Det er stor bredde i svarene, men mange mener at det er mye å hente på dette området. Som en personalleder uttrykker det: *"Det er åpenbart at kultur og gode holdninger virker inn. Derfor er det en lederoppgave å jobbe med dette!* Flere personalledere peker på at kommunen har en arbeidsgiverstrategi som også understreker betydningen av kultur og gode holdninger i arbeidet med å skape trivsel: *Me har nå arbeidd 2-3 år med implementering av denne. Dette er eit arbeid som aldri vil ta slutt og som me aldri vil kome i mål med.* (Personalsjef, relativt liten kommune).

Oppsummert nedenfor er tips fra personallederne om hva som skal til ved endring av holdninger og kultur:

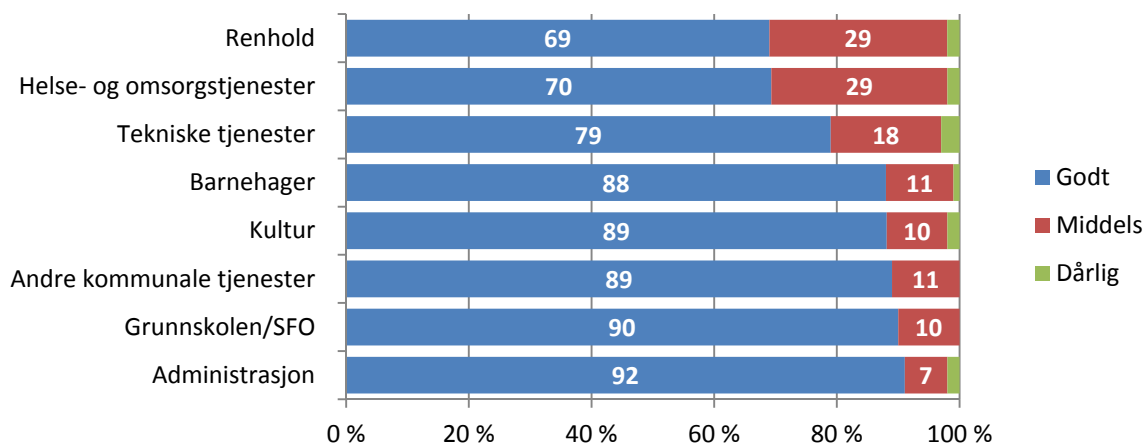
- *Betre leiarfokus i tenestene og endre haldningar til leiing.* (Personalleder, middels kommune)
- *Opplæring, arbeidsmiljøtiltak, fokus på kvalitet* (Personalleder, stor kommune)
- *Helt nødvendig med trygghet og god kommunikasjon...Pisken virker ikke!* (Personalleder, middels stor kommune)
- *Snakke med ansatte.* (Personalleder, stor kommune)
- *Dette gjennom etiske retningslinjer.* (Personalleder, liten kommune)
- *Utvikle åpenhet, samarbeidet og omdømmebygging.* (Personalleder, middels kommune)
- *Jeg har tro på at systematisk arbeid ..der flere ser og identifiserer seg med de oppgavene vi er satt til å utføre i samfunnet..*(Personalleder, stor kommune)
- *Trivsel, glede og motivasjon er nøkkelord i forhold til ytelse og prestasjon.* (Personalleder, liten kommune)
- *Utprøving av enkelte nye arbeidstidsordninger* (Personalleder, stor kommune)
- *..rause med kvarandre og ikkje misunnar kvarandre.* (Personalleder, liten kommune)

Personalledelsen sitter på veldig mye informasjon fra de enkelte enhetene. Resultatene fra kartleggingen er vist i tabellen under.

**Tabell 5.4 Hvordan opplever du at arbeidsmiljøet er ute i tjenestene i din kommune? (hvis flere enheter, gjør en helhetsvurdering)**

	Godt	Middels	Dårlig	Total	N
Helse- og omsorgstjenester	70	29	2	100	194
Grunnskolen/SFO	90	10	0	100	194
Barnehager	88	11	1	100	191
Administrasjon	92	7	2	100	195
Kultur	89	10	2	100	186
Tekniske tjenester	79	18	3	100	190
Renhold	69	29	2	100	185
Andre kommunale tjenester	89	11	0	100	157

Vi setter det opp i en figur og sorterer for å få et bedre bilde, se under.



Figur 5.2 Hvordan opplever du at arbeidsmiljøet er ute i tjenestene i din kommune? (hvis flere enheter, gjør en helhetsvurdering)

Ut i fra figuren over ser vi at personalledere mener at renhold og helse- og omsorgstjenester oftest har de største arbeidsmiljøutfordringene, mens grunnskolen og administrasjon i mindre grad har slike utfordringer. Dette stemmer med det vi forventet. Generelt er det få personalledere som mener at arbeidsmiljøet er dårlig i noen av de kommunale tjenestene. Nå er vel terskelen for en personalleder relativ høy for å si at et arbeidsmiljø i egen organisasjon er dårlig, men det er også relativt få som svarer at det er middels.

Det finnes flere undersøkelser innen privat virksomhet, som viser at utvikling av kultur kan representere et eget strategisk satsingsområde for å oppnå et konkurransefortrinn for virksomheten. En type strategi som har til hensikt å utvikle og bruke egen kultur som et konkurransefortrinn, hører begrepsmessig inn under ressursbaserte strategier (Barney, 1986). Utvikling av organisasjonskulturer kan gi varig konkurransefortrinn i omgivelsene (ibid). Virksomheter med sterke kulturer er ofte preget av en god ledelse.<sup>22</sup>

Flere gir uttrykk for at et systematisk arbeid er nødvendig for å få til en positiv kultur og gode holdninger: *At ledelsen tar i bruk medarbeiderskapet til å utvikle arbeidsmiljøet, utvikle tjenesten, ivareta omdømmet osv* (Personalleder, mellomstor kommune). At flere ser og identifiserer seg med de oppgavene kommunen er satt til å utføre i samfunnet, mener flere informanter vil bidra til økt motivasjon, høyere nærvær, bedre trivsel, miljø og ansvarlighet.

Enkelte er inne på at fokus på kultur og holdning ikke er nok, fordi sykefravær handler om sykdom heller enn holdninger og kultur, noe som indikerer at det er ulike holdninger og kunnskap knyttet til årsaker til fravær: *Til en viss grad. Opplevelse av sykdom kan påvirkes av kultur på arbeidsplass. Mye sykefravær er ikke forårsaket av kultur men av sykdommen i seg selv. Dette er en sammensatt problemstilling.* (Personalleder, liten kommune).

<sup>22</sup> Arbeid med kultur gir ikke bare resultater i form av å bedre de ansattes moral, men viser seg å utgjøre et konkurransefortrinn overfor kunder, men er også en viktig strategi i arbeidet med å forbedre virksomhetens økonomi (Barney, 2001)

Det er også mange av respondentene som kommer inn på at leder og kollegaers forventninger og holdninger spiller en stor rolle, at dette handler om holdninger blant ansatte i forhold til terskelen for å være syk. Noen mener at man kan oppnå mer gjennom at den enkelte tar større ansvar for sin egen helse og nærvær. Enkelte informanter sier de ser trender nå som gjør at en må se på holdningene til de yngre, at det er for lett å bli hjemme fra jobb, har med ansvarsfølelsen og rettighetssystemet å gjøre. Enkelte påpeker også at ofte er det de samme som utnytter "alle rettigheter" (egenmeldinger, sykmeldinger, syke barn, eldre osv), at en høyere terskel for å være borte fra jobb vil påvirke både korttids- og langtidsfraværet. Holdninger til det "*..at jeg går og får meg en sykemelding. Terskelen for å være borte fra arbeid, avhenger i stor grad av kultur og ansvarsfølelsen på arbeidsplassen.* (Personalleder, relativt liten kommune).

Som den siste respondenten kommer inn på, er det ofte ikke bare den enkelte ansattes holdning som er viktig, og mange er enig i dette: *Positiv bedriftskultur, godt arbeidsmiljø, nærhet til ledelse og fokus på nærvær er viktig for å redusere sykefraværet.* (Personalleder, stor kommune).

Et tema som både personalledere, tillitsvalgte og verneombud tar opp er spørsmålet om hvilke KRAV som stilles til alle parter, og mener at det også er behov for holdningsendringer i NAV. *Holdninger må også handle om at arbeidsforhold må avsluttes. Det er ikke enkelt å finne nye jobber til ansatte som ikke kan utøve sitt fag av helsemessige årsaker.* (Personalleder, storby).

*Dette er viktig både i forhold til leder og kollegaer, og avgjørende i forhold til resultat. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

Flere personalledere mener også at holdningsendring i forhold til dette med "helt frisk eller helt syk" kan bidra til lavere sykefravær, at man kan se på grensen for når man melder seg syk, og at det må bli en økt forståelse blant både ledere og arbeidstakere at man kan være på jobb uten å klare å yte 100 prosent som er personalleder sier...*syk ikke nødvendigvis betyr at man skal være hjemme, men kan få andre oppgaver, hvis vi får tilbake aktiv sykmeldingsordningen.* En holdningsendring knyttet til å fokusere mer på det som er friskt enn sykt ved mennesket, at man forteller hverandre at man er savnet på arbeid, at det er naturlig å være i arbeid ikke å ha fri. Mange har fokus på kultur og holdninger, og flere har også en erkjennelse av at dette er et kontinuerlig arbeid som kanskje ikke bør være et tidsbegrenset prosjekt. Flere personalledere peker på at det kan være nyttig å bevisstgjøre holdninger, både egne og de man har til andres helse.

### **5.3.2 Hvordan kan kultur og holdningsendring bidra til økt inkludering av mennesker med redusert arbeidsevne i kommunen?**

Det er noen færre som har svart på dette spørsmålet enn det forrige, men vi har svar fra 155 personalledere. Også her er det stor bredde i svarene og det er relativt få av svarene som er relatert til kultur og holdningsendring, men går mer i retning av hvilke virkemidler det er behov for. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 7.

I svarene som dreier seg om kultur og holdningsendring, er det mange som svarer at det ikke er det det først og fremst dreier seg om:

*Her betyr økonomi og ressurser mer enn kultur og holdninger. (Personalsjef, mellomstor kommune).*

*Da må handlingsrommet bli større i forhold til for eksempel Aktiv sykmelding. Det vil nok være vanskelig å varig tilrettelegge, da vil det gå ut over de andre ansatte. Dette handler om mer enn kultur og holdning. (Personalleder, relativt liten kommune).*

*Her er det viktigere å se på de økonomiske rammene rundt inkluderingen og at det kan avsettes tilstrekkelig med kapasitet til veiledning og støtte til de som tas inn i tjenesten enn til holdningsbiten. jfr også en tidligere kommentar om " hvor er de funksjonshemmede". Ikke er de på søkerlisten på stillinger og ikke finner NAV dem... Når dette er på plass er det viktigste at lederne har kompetanse/evne til å tilrettelegge oppgaver og å få til en god og åpen holdning i arbeidsmiljøet til at ikke alle kan yte like mye. I en stresset hverdag er det ikke alltid like lett å få forståelse for at noen ikke behøver å yte like mye som de øvrige. (Personalleder, storkommune).*

Det er mange respondenter som er inne på det samme som personallederen i forrige sitat. De sier det er det samme som for de med redusert funksjonsevne som de allerede har, at det må være holdninger blant ledere og ansatte at man ikke trenger å være 100 prosent frisk for å være på jobb: *"Igjen er det rausheten som blir utfordret. Det er arbeidsplasser som får til dette, andre er ikke i nærheten. Noen påberoper seg særegenheter som ikke passer til den slags, sammenlignbare virksomheter får det til. Det er utvilsomt mye å hente på å endre kultur- og holdning til å ville hverandre mer vel. (Personalleder, liten kommune).*

Det kan virke som om denne målgruppen er litt dårlig definert. Noen mener det handler om personer med varig nedsatt funksjonsevne (funksjonshemmet), mens andre snakker om personer som har lav kompetanse fordi de ikke har fullført skolegang eller annet. Mange svarer også at de ikke har noen endringspotensial, fordi de allerede har gode inkluderingsholdninger i forhold til funksjonshemmede: *Tror toleransen er stor. Kommer mye an på bidraget fra den funksjonshemmede. (Personalsjef, relativt liten kommune).* Flere ser ut til å mene at bedre forståelse både fra arbeidsgiver og arbeidstaker/kollegaer kan bidra til å øke inkludering, og at enklere oppstart med økonomisk kompensasjon ville kanskje også kunne bidra når folk har kommet i en situasjon med tilrettelegging, men de fleste er opptatt av at det er vanskelig å inkludere mer uten at det går ut over tjenestetilbudet når de fra før har knappe ressurser: *"Kommunen har få tilsette med funksjonshemmingar. Eg vil påstå at dette ikkje har samanheng med kulturen i kommunen. (Personalleder, liten kommune).*

*Jeg har ingen indikasjoner på at vi diskriminerer, men jeg kan ikke være sikker på at ikke enkelte opplever det slik. Vi gjør pr i dag ingen spesielle aktive tiltak for å øke andelen med redusert funksjonsevne. (Personalleder, liten kommune).*

Det siste sitatet tror vi er dekkende for det store flertallet av kommunene. Vi har ikke funnet noen kommuner i utvalget på over 200 kommuner som sier at de aktivt går inn for å rekruttere personer med redusert funksjonsevne. Heller er det ingen som sier at de har dårlige holdninger i forhold til å rekruttere personer med funksjonshemminger, men at dersom de har riktig kompetanse så får de jobb. Det er få søkere i denne kategorien. De aller færreste mener at dette direkte har med kultur og holdninger å gjøre, men at dersom alle aktørene blir flinkere til å se potensialet heller enn begrensningene når noen får helseproblemer, vil dette føre til at flere kan inkluderes.

Det er heller ikke sikkert at potensialet for vilje til å ta samfunnsansvar er uttømt: *"Dette er komplekst. Gode erfaringar er beste middelet for å auke inkludering av personar med redusert*



funksjonsevne. Fokus på samfunnsansvar, menneskesyn og etikk vil styrke vilje og interesse for å legge ressursar i dette. (Personalleder, relativt liten kommune).

### 5.3.3 Hvordan kan kultur og holdningsendring bidra til økt gjennomsnittlig avgangsalder (seniorpolitikk) i kommunen?

Her er det 152 personallede som har svart. Mange mener at kultur og holdninger betyr mye for å få seniorer til å bli lenger i arbeid, både på individnivå, på gruppenivå og på samfunnsnivå: *Dette har også mykje med kultur og haldningar elles i samfunnet å gjere. I kommunen kan vi ha fokus på at vi skapar forventningar til at tilsette skal jobbe lenge ved å vise at vi satsar på dei (kurs, oppgradering etc).* (Personalleder, relativt liten kommune). Når de kommer inn på samfunnsnivået, handler det ofte om større holdningsendringer og økonomi som ligger til grunn:

*Jeg opplever at det i stor grad er økonomiske forhold som er avgjørende for når ansatte velger å gå av med pensjon. Holdningen generelt i samfunnet er at det er "lurt" å tenke på seg selv og gå av så tidlig som mulig, for å nyte livet. Som arbeidsgiver ønsker vi at ansatte skal stå lengst mulig i jobb, og bidrar med det vi kan for å få det til.* (Personalleder, liten/mellomstor kommune).

Flere informanter sier at ledelsens holdning er den mest avgjørende: *"..den motivasjonen settes av rådmannen.* (Personalleder, relativt stor kommune). Mange informanter sier at det er viktig at det gis et tydelig signal fra overordnet ledernivå, om at det er ønskelig at seniorer står lenge i arbeid. *Dersom kommunen har en bevisst holdning og strategi for å benytte den kompetansen og erfaring som seniorenne (55+) har på en positiv måte, er min påstand at arbeidstakerne vil finne det mer meningsfullt å fortsette i jobb utover mulig avgangsalder* (Personalleder, relativt liten kommune).

En kultur og god holdning til seniorer fremheves også som mer betydningsfullt enn konkrete tiltak og virkemidler. Noen mener at det eksisterer en forventning og holdning i kulturen om at seniorer skal gå ned i stilling så fort de fyller 62 år: *"Mange føler press fra kolleger selv om de fungerer godt i jobben. Sørge for at seniorer får forståelse av at de er nødvendig arbeidskraft* (Personalleder, relativt liten kommune).

Flere informanter har trukket frem at et fokus på verdier også i forhold til seniorer er viktig for at fordommer og utstøting får utvikle seg. *"Alder skal ikke være tema i noen sammenhenger."* (Personalleder, relativt stor kommune)

Flere kommer også inn på at dette handler om pensjonsreformen heller enn kultur og holdninger: *"Tror det er ytre faktorer i dag som bidrar til økt avgangsalder. Pensjonsreformen der kvinner er taperne betyr mer. Arbeidsgiver må se nytten i eldre arbeidstagere og verdsette disse.* (Personalleder, mellomstor kommune). Noen personallede, både fra små og mellomstore kommuner, sier at de har fått til mye når det gjelder kultur og holdning knyttet til seniorer på dette og at seniorer oppleves som en verdifull arbeidskraft: *"Våre seniorer står lengre enn tidligere. Det er aksept for at de eldste kan stå hvis de vil - og de får fri (fra 62 år, 10 % - fri fra 64 år, 20 %) med lønn eller lønnskompensasjon. Det er kort arbeidsuke som gjør at seniorenne står lengre i jobb, samt at det er akseptert i miljøene at det er ok.* (Personalleder, mellomstor kommune).

Noen informanter kommer inn på at det er vanskelig å endre holdninger, at det krever kunnskap og tar tid: *"Erfaring viser at det er individuelt. Det vil seie at eg tenkjer at endring av haldningar må settast inn blant dei som er unge i dag. Med kunnskap.* (Personalleder, relativt liten kommune).

Som vi kommer tilbake til i kapittel 7, er det også mange som sier at det ikke nødvendigvis er et mål å få flere seniorer eller at de skal stå lenger, fordi de har så mange seniorer fra før:

*Vi har høg gjennomsnittsalder blant dei tilsette og har ikkje utfordring med at seniorane ikkje står lenge i arbeid. Det er ikkje uvanleg at avgangsalderen er 70 år. Har større utfordring med å behalde yngre kvalifisert arbeidskraft. (Personalsjef, liten kommune).*

Sitatet nedenfor oppsummerer litt av kompleksiteten som mange av informantene er inne på. Det handler både om økonomi, respekt og annet:

*Det største problemet nå kan synes å være for gunstige pensjonsordninger i visse grupper og enkelte arbeidstakere. Respekt for seniorer kan i visse miljøer være en utfordring. Seniorer henger av og til etter når nye teknologiske løsninger skal tas i bruk og medfører at de slutter når nytt system innføres, at denne gruppen er "hindre" i innføring av nye løsninger/endringsprosessen. (Personalleder, storbykommune).*

Noen antyder at det kan være generasjonsforskjeller ved bruk av sykemeldinger kontra egenmelding, eller legenes sykemeldingspraksis som er årsaken til en kultur med hyppig bruk av sykemeldinger kontra egenmeldinger. Personalleder: *Vi har forsøkt å finne ut hvorfor det er så vanskelig å få snudd dette. En annen personalleder uttrykker det slik: Nei vi vet ikke. Når folk har blitt så gammel som meg (50 pluss), så har det alltid vært sånn. Er du syk så må du til doktoren. Det er noe gammelt som sitter igjen, men nå veit jo alle at Mandal fikk jo til noe med et helt år med egenmelding. Det har nok med holdningsendring og at man snakker om det, så tror jeg nok det vil snu (Personalleder, liten kommune).*

#### **5.3.4 Arbeidsmiljø i kommunale tjenester**

På et systemnivå er utvikling av et godt arbeidsmiljø et vesentlig satsingsområde i IA. De fleste kommuner sier at de jevnt over opplever at kommunen har et godt arbeidsmiljø. De fleste kommuner sier også at det er enkeltenheter og avdelinger som har utfordringer med arbeidsmiljøet. *Noen har veldig dårlig arbeidsmiljø. Vi har på en måte hele spekteret for det, og det som er med på å påvirke det er jo det lokale systemet og lederne.* (Hovedverneombud, relativt stor kommune)

De fleste informanter mener at det må være Hovedverneombudet som har mest oversikt over arbeidsmiljøet. De virksomheter som hyppigst blir nevnt med størst arbeidsmiljøutfordringer og høyt sykefravær, er innenfor pleie- og omsorgsenheter, renhold og barnehager.

*Men samme satsningsområdene er for tiden veldig mye pleie og omsorg og barnehager. Vi har også fokus mot SFO. Så er det renholdstjenesten. (HMS kontakt, relativt stor kommune)*

*Vi har hatt noen enheter blant annet i hjemmetjenesten som har ligget høyt. Der vi har gjort mye og fikk ikke noe uttelling for det. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

De fleste respondentene sier at kommunene gjennomfører regelmessige undersøkelser av arbeidsmiljøet som bekrefter dette bildet. *Ja, det er en sånn type med arbeidsmiljøkartlegging som også er systematisk. Det er et elektronisk eller digitalt verktøy vi bruker i kommunen. Vi begynner å få rutiner for det vi gjør. (Rådmann, relativt liten kommune)*

I den kvalitative undersøkelsen kommer det frem at kommunene er gode på å involvere både enhetslederne, mellomledere og alle hovedtillitsvalgte i etterarbeidet av arbeidsmiljøundersøkelser. Bedriftshelsetjenesten er også ofte involvert i etterarbeidet med konkrete tema som det er nødvendig å ta tak i.

Kommunene har også avtale om individuelle ergonomiske kartlegginger av den enkeltes arbeidsplass der det er behov, og BHT er en viktig partner for kommunene i det forebyggende arbeidet:

*..Vi har pågående dialog og benytter dem bl.a. til arbeidsmiljøkartlegging. Vi har også kjørt en ergonomirunde der vi bruker fysioterapeut som har undervisning i ergonomi for folk som har fysisk tungt arbeid og de som har mer stillesittende arbeid. (HMS-konsulent, liten kommune).*

Det er ulike tema som vektlegges i etterarbeidet, og følgende er innhold i etterarbeidet i en pleie og omsorgsenhet:

*..å tenke identitet, verdier, imaget vårt og så videre. Å ha med dem på hvor er vi og hvor vil vi. Og det som kommer fram da også er at folk trives er engasjert og stolt. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

Kulturer utvikler ofte en stabil identitet over tid, gjennom den felles forståelse de ansatte har for hva som er en riktig og akseptabel væremåte for å løse nøkkelproblemer for de ansatte (Schein, 1994). Det kan synes som om at kommunene har noe å gå på når det gjelder å komme til klarhet i hvilke forestillinger som er knyttet til nåværende identitet og hvilke mekanismer som bidrar til å holde fast. Uten en klar situasjonsforståelse av *hva* som er utgangspunktet, vil det være vanskelig for kommunen å definere hva som er behovet for endring. Vesentlig er at lederne skaffer seg tilstrekkelig dybde og innsikt i kulturens holdninger, de tanker og følelser som eksisterer for å oppnå resultater i sitt arbeid med endring av kultur og holdning (Schein 1994). Om ansatte har krysset av for mobbing, blir det ofte stor oppfølging på enheten. I denne kommunen har BHT fått en stor oppgave i oppfølgingen av arbeidskartleggingen:

*I arbeidsmiljøkartleggingen var det bl.a. noen ansatte som krysset av for temaet mobbing. Da følger BHT opp konkret med telefonsamtaler med den som har krysset av, for å avklare om det er en mobbesak eller noe annet. De kan derfor ta direkte kontakt med enkeltindivider. (HMS-konsulent, liten kommune)*

Dette bruker mange ledere mye tid på, men denne varianten med at BHT tar direkte kontakt med den som har krysset av for mobbing, har vi ikke hørt om før. Medarbeiderundersøkelsene er vanligvis anonyme for lederne, men de som har gjennomført undersøkelsen kan sannsynligvis finne ut hvem som har svart hva. En rekke studier har vist at det er en tydelig sammenheng mellom mobbing på arbeidsplassen og psykiske og fysiske helseproblemer. (Nielsen et al., 2012)<sup>23</sup> Mobbingen er definert av de som har blitt mobbet, til å handle om sosial og/eller organisatorisk utstøting, beskyldninger om dårlig utført arbeid, sårende ertering, fleiping og latterliggjøring (Einarsen og Skogstad, 2001).

### **5.3.5 Lederstøtte, lederutvikling og opplæring**

Mange kommuner legger vekt på å skape gode rammer og for leder og de forteller at de har fokus på lederopplæring på ulike nivå. Det er ikke alle kommunene som sier at de er fornøyd med den opplæringen som gis ute på virksomhetsnivå og det kan være mange ulike årsaker til dette:

*Nei. Mye av personalarbeidet i kommunen har ligget med brukket rygg. Det vi gjør nå er at vi tar opp igjen det som har vært en lederopplæringsaktivitet tidligere. Børster støv av den,*

---

<sup>23</sup> Undersøkelser viser at ubehageligheter i arbeidslivet rammer de fleste mennesker fra tid til annen. En undersøkelse blant 450 mannlige industriarbeidere ble det funnet at 88 prosent hadde opplevd minst en negativ handling i løpet av det siste halve året, og i en undersøkelse av 8000 arbeidstakere hadde 5 prosent opplevd alvorlig mobbing til enhver tid (Einarsen og Skogstad, 2001).

*kommer med mine synspunkter på det, gjennomfører den sannsynligvis i løpet høsten som en pilot for de nye lederne i kommune (Personalsjef mellomstor kommune)*

Flere kommuner er også oppmerksomme på utfordringen med nyansatte ledere. Det er ofte de uerfarne ledere som er nærmest de ansatte på tjenestenivå. Andre utfordringer er turnover og egnethet som leder, men også rammebetingelser, og for store enheter som har vært for dårlig fulgt opp:

*Jeg tror jeg har hatt 50-60 talls ledere som jeg har hatt ansvaret for – forskjellige hoder da. De fleste som ikke er ledere lenger, er ikke det pga. at de ikke hadde gode lederevner eller de nådde ikke opp i forhold til min lederstil. Vi har hatt en ganske god utskifting, så jeg tror lederenhetsstaben som de sitter med der ute på 45 ledere – ja en del av dem er sikkert dyktige fagpersoner, men det er ikke primært derfor de er rekruttert inn som ledere. Tror det er veldig mange dyktige lederemner der ute og dyktige ledere også ute i helse. Det som står igjen nå er og finne de rette verktøyene. Da tenker jeg egentlig – for meg er det målstyring og tydelig oppfølging. (Virksomhetsleder, stor kommune)*

En enhetsleder sier dette om prioritet av faglig ledelse:

*Ja, og ett av kriteriene var evaluering av fagledelse. Vi har hatt med jevne mellomrom veiledning på rollen. Hvis jeg ber deg finne tid i din arbeidshverdag til å finne tid til dette, og du sier at det finner jeg ikke, ok. Hvis jeg hjelper deg å finne tid og du finner det ikke likevel for du velger noe annet, da gjør vedkommende egentlig ikke det han blir bedt om. Dette har vi hatt litt problemer med. Vi legger til rette for at du skal få mulighet til og utøve fagledelse – du finner på noe annet – da er vi nødt til og vurdere om det er rett ansettelse av fagledelse. (Enhetsleder, relativt liten kommune)*

Uavklarte brukerforventninger er trukket frem som et problematisk tema som kan utgjøre en belastning for trivsel og tryggheten til ansatte (Brattlid, 2010).<sup>24</sup> Det kan oppstå flere paradokser i et spenningsfelt mellom de to perspektivene bruker - og ansatte som også kan være et forhold som påvirker IA arbeidet og synliggjør behovet for faglig ledelse. Spesielt for omsorgstjenester og arbeid med mennesker er at de ansatte bruker *seg selv* (ikke en teknologi), men sin personlige kompetanse, holdning, kommunikasjon og omsorg i møte med brukerne. I møtet med brukerne blir tjenestens kvalitet utformet. I dette møtet blir den ansatte også konfrontert i sin rolle som profesjonell, men den ansatte er samtidig også et menneske på lik linje og kan bli berørt av samhandlingen.

Ute i omsorgsarbeidet hos brukeren kan den ansatte oppleve forventninger fra både pårørende og brukeren som kan utfordre det eksisterende vedtaket om tjenester i kommunen (Brattlid, 2010). Det holder at én ansatt innfrir brukerens forventninger, før det også oppleves som et press på andre ansatte og å innfri de samme forventningene. De ansatte erfarer da i praksis at pårørende og brukere skiller mellom de "snille og de slemme" hjelperne ut fra et slikt forventningspress som ikke er avklart av ledelsen i forkant. Det blir en belastning i lengden, som også kan skape spenninger i et

---

<sup>24</sup> I et brukerperspektiv settes kvalitetsmål både nasjonalt og lokalt i kommunen innenfor pleie og omsorgstjenester (Kvalitetsforskriften for pleie og omsorgstjenester 2004). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ([www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)) har i sin strategiplan 2011 - 2013 som strategisk satsingsområde å styrke kvalitet i primærhelsetjenestene. De har også som mål å etablere et miljø for oppsummering og formidling av effekt av tiltak innen folkehelseområdet, arbeide med metodeutvikling på dette feltet og formidling av arbeidslivsbaserte tiltak for å fremme psykisk helse hos ansatte.

arbeidsmiljø. Derfor er faglig ledelse veldig viktig. Emosjonell utmattelse refererer til følelsen av å være følelsesmessig tappet etter intens kontakt med andre mennesker der det skjer en videre utvikling av en negativ holdning eller ufølsomhet med pasientene, og redusert personlig ytelse som igjen refererer til en nedgang i ens følelse av kompetanse og vellykket prestasjon i å jobbe med folk (Chan, 2006).<sup>25</sup> Tilsvarende undersøkelser er også gjort blant lærere, som viser at utbrenning svekker kvaliteten på undervisningen, og kan også føre til jobbmisnøye, fremmedgjøring i forhold til arbeidet, fysiske og følelsesmessige dårlig helse, og til slutt at lærerne forlater yrket (Chan, 2006).<sup>26</sup>

Å styrke individuell læring i forhold til å tolke og administrere egne følelsesmessige erfaringer (emosjonell intelligens), kan muligens føre til en ytterligere emosjonell utmattelse, hvis den ikke er kombinert med en forbedring av positiv ledelse (Steiner & Perry, 1997).

Ansatte og kommunens forvaltningsenhet/tildelingskontor for tjenester, gjør sin vurdering og fortolkning av brukerens behov, tildeler tjenester til utøvende praksis, kompetanse og samhandling med brukeren. Det er på dette tjenestenivået det viser seg at budsjettene sprekker, men det økonomiske perspektivet faller utenfor dette prosjektet.

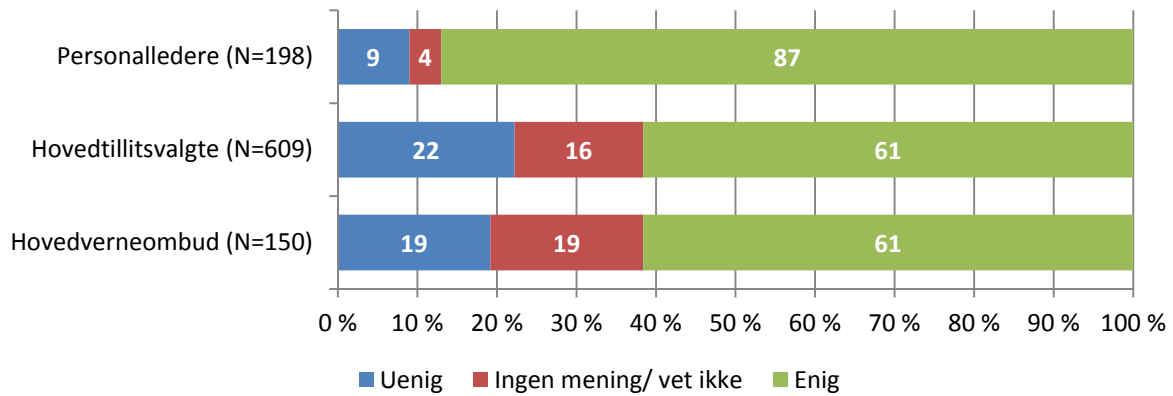
Kommunene har stor variasjon i den lederstøtte og lederopplæring. På et operativt nivå har flere kommuner fokusert på "Flink med folk": *"Det var et kurs som gikk over lang tid. Det gikk mye på holdninger blant medarbeiderne våre. De var med i prosessen. (Gruppeledere på sykehjem liten kommune).* Flere informanter sier at lederopplæring ofte er et tema ved organisasjonsendringer *Det første vi startet med etter at vi innførte ny struktur var å kjøre lederutviklingsprogram hvor vi brukte konsulent (Ass. Rådmann liten kommune)* At nytilsatte ledere tilbys opplæring og at lederne skal ha en arena for å drøfte ledelse og få støtte er også viktig i mange kommuner: *"De har fått tydeliggjort sine roller – veldig tydelige roller. Forventningene til dem har blitt sikkert i følge dem veldig store. De har omfattende oppgaver og ansvar. Derfor ser jeg at det er kjempeviktig at det er høgskoleutdanna – når vi rekrutterer ser vi på hvordan vi rigger oss framover (Rådmann liten kommune)*

I intervjuene kommer det frem at det er variasjon i hvordan det satses på lederutvikling generelt. Vi har derfor kartlagt om respondentene mener det gis generelt god lederstøtte i kommunen. Vi har kartlagt dette gjennom påstander, slik at respondenten skal svare om de er enig eller uenig. Figuren under viser om svarfordeling i forhold til lederstøtte.

---

<sup>25</sup> En tilsvarende undersøkelse av Piko (*Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies 43*) viser at rollekonflikt var en faktor som bidrar til emosjonell utmattelse (Piko:2006). Gjennomsnittet for emosjonell utmattelse var imidlertid lavere for Ungarsk personell enn tilsvarende data for Norske sykepleiere, men så var personlig prestasjon lavere hos Ungarske sykepleiere enn det som kommer frem i data for helsearbeidere i Norge (Piko, 2006).

<sup>26</sup> Også i rapporten til Piko pekes det på et behov for å utvikle det psykososiale arbeidsmiljøet på et systemnivå for det Ungarske helsepersonellet, men at det ikke var prioritert (Piko, 2006).



Figur 5.3 Det gis generelt god lederstøtte i vår kommune

Ikke uventet svarer personalledere stort sett at det gis god lederstøtte i deres kommune. Svaret må sees i lys av at det gjerne er personalledere som har ansvaret for lederstøtte gjennom sin rolle og ansvarsområde. Det er signifikant forskjell mellom svaret til personalleder, sammenlignet med hovedtillitsvalgte (HTV) og verneombud (HVO). Årsaken kan kanskje ha å gjøre med at HTV og HVO har en nærmere kontakt med de ansatte i virksomhetene. Av den grunn har de mer informasjon og detaljer om ledelse og konkrete ledelsesprosesser i personalmiljøet, enn det personalleder har som er mer på et overordnet nivå.

Her finner vi store forskjeller mellom kommuner ut i fra størrelse. I tabellen under ser vi på andelen som svarer helt enig i påstanden i kommuner etter størrelse på kommunen. I figuren over er det tatt med både "enig" og "helt enig", mens i tabellen ser vi på andel "helt enig".

Tabell 5.5 Andel helt enig i påstanden "Det gis generelt god lederstøtte i vår kommune". Personalledere.

	Andel	Antall kommuner
0-1999 innb.	24	35
2000-4999 innb.	28	56
5000-9999 innb.	34	47
10K-19K innb.	52	32
20K-50K innb.	64	23
>50K innb.	70	10
Totalt	38	203

Vi har også undersøkt om det er systematisk sammenheng mellom nivå på sykefraværet i kommunen (kommunal sektor), men finner ikke en sammenheng mellom grad av lederstøtte og sykefraværingsnivå.

I den kvalitative undersøkelsen kommer det frem at det eksisterer variasjoner i ulike holdninger til hva som er god personalledelse, og at hva den enkelte leder legger vekt på i sin ledelse og syn på seg selv er forskjellig. Flere informanter gir uttrykk av at det sosiale men også tilrettelegging er vesentlig for at folk skal trives på arbeid: "Det som fungerte ekstremt bra med gruppelederne var det sosiale, og da mener jeg ikke bare sånn sosialt at det går rundt, men de la sin sjel i å få det til å gå rundt for oss på hjemmebane. I forhold til turnuser, bytting og ordning, hensyn. Forståelse for at folk er i forskjellige faser. Det er veldig viktig." (Gruppeleder hjemmetjenesten, liten kommune)

En annen informant gir følgende uttrykk for sin lederstil: *"De vet at hvis det er noe jeg ønsker å ta opp så gjør jeg det ved første anledning...hvis de ikke hører noe er det ingenting som er galt. Jeg er veldig enkel som leder å ha med å gjøre. Har store forventninger – kanskje det gjør meg til en dårlig leder. Når helsepersonell generelt er utdannet og skal begynne å jobbe hos meg forventer jeg at de har en basiskunnskap. Hvis de ikke har det, har jeg ikke bruk for dem.. (Virksomhetsleder på sykehjem i liten kommune)*

Innenfor en rekke yrker har det vært studert konsekvenser av å jobbe tett med mennesker i en rekke menneskelige serviceyrker, inkludert helsetjenester, sykepleiere, psykisk helsepersonell, sosial velferdsarbeidere, advokater og andre organisasjonsansatte, som kan tyde på at det er krevende å være leder innen disse yrkene (Chan, 2006). Undersøkelser viser at utbrenthet ikke er uvanlig og kan oppstå fra intense interaksjoner i å jobbe med mennesker. Utbrenthet blant sykepleier har de siste årene vært en årsak til bekymring siden det kan bidra til å svekke helsetilbudet (Isaksson Rø, mf, 2010). Sykepleierne har en direkte innvirkning på pasientomsorgen, gjennom deres kommunikasjon med pasienter og samarbeid med annet helsepersonell. På et individnivå er det også undersøkt hvorfor noen lærere (Chan, 2006) og ledere (Goleman, 2005) kan være mindre utsatt for utbrenthet enn andre, sett i lys av å være utsatt i lignende stressrelaterte arbeidssituasjoner. Deres undersøkelser av personlige ressurser i mestring av slike situasjoner, samt det å administrere sine egne affektive, følelsesmessige erfaringer viste seg å være relevante. Det er indikert at enkeltpersoner ikke kan antas å være like dyktige til å oppfatte, forstå, og utnytte følelsesmessige informasjon, noe som igjen tyder på at enkeltpersoner er forskjellig i sine evner til å utøve effektiv kontroll over sine emosjonelle liv.<sup>27</sup>

Sykepleiere utgjør også en vesentlig del av kommunenes primærhelsetjeneste, og flere kommuner har allerede drøftet sine utfordringer med rekruttering av sykepleiere spesielt, og tiltak for å løse dette.<sup>28</sup>

Den enkelte leders motivasjon trekkes også frem som en utfordring av enkelte informanter, som denne personalsjefen uttrykker det:

*..innenfor kommunal sektor har en del ledere kommet dit uten at de egentlig ønsket det selv. Men det var snakk om innstramminger og vil du ha jobb så må du ta det du får. Hvis du ikke finner noe annet og i et område med relativt begrenset arbeidsmarked... (Personalsjef i liten kommune)*

Vi sitter igjen med et inntrykk av at de fleste ledere som vi har intervjuet er motivert, selv om enkelte gav uttrykk for at de strever. Motivasjon kan være et av ledernes mulighetsområde for å øke nærværet på en arbeidsplass. Ansattes motivasjon kan også være en pekepinn på hvordan status er når det gjelder organisatorisk kultur og holdninger. Flere motivasjonsteorier tar utgangspunkt i at menneskets hovedmotiver er av emosjonell art, om det handler om å unngå sterke følelser, etterstrebe visse følelser, om det er av positiv eller negativ art (Helstrup et al., 1975). Hvilke

---

<sup>27</sup> Slike individuelle forskjeller er nå mer vanlig begrepsfestet som forskjeller i emosjonelle Intelligens. Komponentene i emosjonell intelligens er selvbevissthet, selvkontroll, motivasjon, empati, og sosiale ferdigheter. (Salovey & Mayer, 1990).

<sup>28</sup> Den relative høye sykepleiermangelen, kombinert med en rapportert høy intensjon å slutte arbeid (30 prosent i en studie fra England/Skottland og 55 prosent i en svensk studie), er bekymringsfullt, fordi det også er et samsvar mellom hyppig pasientbehandling og emosjonell utmattelse (Isaksson Rø Med flere:2006).

følelsestilstander som virker tiltrekkende og hvilke som virker avskrekkende, kan ikke avgjøres uavhengig av kjennskap til følelsenes styrke, personen eller situasjonen.

Mål og strategier for arbeidet nede på operativt tjenestenivå avgjøres ofte på politisk nivå, så her kan også andre motivasjonsfaktorer enn mål spille en rolle.<sup>29</sup> Ulike mennesker har ulike faglige preferanser, forskjellige personlighetstrekk, motiver og ønsker (Dysvik, 2010). Noen mennesker har behov for stor frihet for å kunne yte. Andre mennesker har behov for en sosial tilknytning for å kunne yte. Første motivasjon dreier seg om å dekke følelsesmessige behov, det vil si å løse utfordringen med å håndtere angst for å oppnå trygghet.

Kommunene har regelmessig opplæring av ledelse som et satsingsområde med ett eller flere fokus, konfliktløsning, opplæring i "Den gode samtalen", IA og HMS arbeid. Flere kommuner driver opplæring i dette, ofte med bistand fra BHT og eller Arbeidslivssenteret. Flere kommuner har også satset på stressmestring som en del av lederopplæringen, der fokus har vært på personrettede tiltak.

*Vi gikk et stressmestringskurs alle mellomledere i helse og sosial, og ble delt i veiledningsgrupper etterpå. Vi lufte tema som har vært vanskelig. Gir hverandre tips og råd. En kollega har hatt problemer både på personalsiden og med brukere. Den andre lederen har vært i lange perioder alene, for den assisterende lederstillingen ikke har vært besatt. Har også vært konflikter. (Avdelingsledere på sykehjem, liten kommune)*

Kronisk stress medfører en betydelig risiko både når det gjelder fysiske og psykiske helseplager. Stress representerer også barrierer ved enkeltpersoners oppgaveprestasjon eller kan gi utfall i form av sosiale konflikter i et miljø (Semmer, 2003). Det kan være ulike stressorer som kan ligge til grunn, som stramme kontrollsystemer i arbeidet, opplevelse av mangel på sosial støtte, mangel på anerkjennelse og andre belønninger. (Semmer, 2006). Kronisk stress kan føre til utvikling av søvnproblemer, depresjoner, smerter for eksempel i ryggen, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer. I kombinasjon med å tilby stressmestring for å bedre situasjoner av stress er det først vesentlig å klarlegge hva som representerer stressorer i et miljø. Flere av kommunenes samarbeidspartnere bidrar med å sette temaet på agendaen.<sup>30</sup> Flere informanter gir uttrykk for at stress en del av arbeidshverdagen, men oppfattelsen av hva som bidrar til stress er forskjellig avhengig av hvilken rolle og kontekst den enkelte informant er en del .

Utvikling av god administrativ forståelse er et satsingsområde i flere kommuner i utvalget. Dette mener flere er betingelse for inkludering, og arbeidet med å skape helsefremmende arbeidsplasser og et godt arbeidsmiljø. En rådmann svarer slik på spørsmål om hva som er lederens rolle i IA:

*I hovedsak er det og påse at prosessene går. I tillegg til å vektlegge et fokus på arbeid først. Jeg trykker på de gangene det er en arena for det. Det er nok enheten som har ansvar for koordineringen av IA-arenaene. De er nok jeg i mindre grad god til å lage. Vi har jo strukturer*

---

<sup>29</sup> Felles mål og strategier kan virke motiverende i seg selv, og er ofte anvendt som en teknikk for å skape felles motivasjon (Haukedal, 2000).

<sup>30</sup> NAV Arbeidslivssenter har ulike kurstilbud til kommunal sektor som IA-virksomhet. Innen satsingen på Arbeid og psykisk helse tilbys kommuneansatte, kurset *Sees i morgen*. Kurset legger også vekt på opplæring innen stressmestring. Idebanken for et inkluderende arbeidsliv, har også utarbeidet en brosjyre "*Fra stress til trivsel*" som gir gode råd til stressmestring og hvordan skape et arbeidsmiljø uten stress. KS har også utarbeidet refleksjonsmaterieil til ansatte med målgruppe spesielt helse og omsorg innen Medarbeiderskap fra 2010 med refleksjonsspørsmål innen stress og stressmestring.



på når vi møter tillitsvalgte, politisk ledelse og når vi møter enhetsledere. Sånn sett er det på etablerte arenaer vi jobber. Er det noe særskilt så er det jo selvfølgelig personalenheten som trekkes inn. (Rådmann i mellomstor kommune)

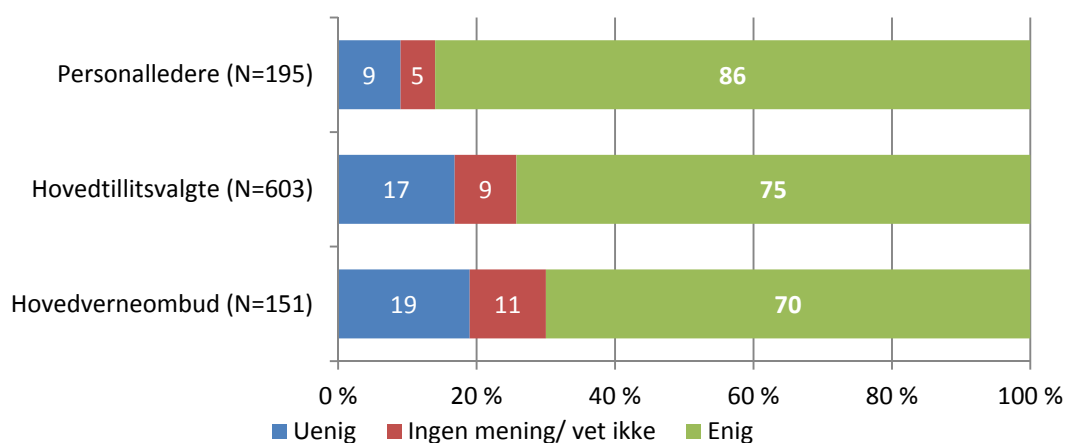
Hovedtillitsvalgt og hovedverneombud har etterpurt lederens rolle i IA, hvilke arenaer for samarbeid som eksisterer rundt IA og HMS og hvordan de fungerer og samarbeider:

Det er i praksis meg og personalkontoret som etterspør. ...slik det fungerer i dag er det opp til leder. Noen steder har HMS-utvalget fungert utmerket. Det handler egentlig om i hvilken grad leder ser at dette faktisk kan brukes til HMS-arbeidet på skolen, som er min daglige arbeidsplass.. fordele oppgaver eller om det er en leder som vil holde i trådene selv. Kanskje ser de HMS gruppen som ett hår i suppen Vi vet ikke i hvilken grad rådmannen går inn og instruerer sine ledere ved slike forhold. Og vi har bedt om sak om det på det arbeidsmøtet i høst, at vi kunne tenke oss at leder av AMU var til stede på ledermøtene. Slik at man kunne ta opp saker, eller følge opp og se hvilke saker som var på agendaen, og bli kjent med lederne. På den måten få ett annet trykk mot lederne. Forslaget ble ganske brysk avvist. (HVO i mellomstor kommune)

Som vi har vært inne på er det ulikheter i ledelse slik en personalsjef gir uttrykk for det:

Jeg ser jo at det er noen som absolutt gjør en kjempejobb og som har greid å organisere sin tid, men så er det noen som henger etter, og årsak til det er alt for mange oppgaver og alt for mye brannslukking. Så handler det selvsagt om kompetanse...(Personalsjef i liten kommune)

Vi har sett at det er ulikheter og variasjon i ledelse og at kommunene har ulik fokus på lederutvikling. Vi har kartlagt dette gjennom påstander, slik at respondenten skal svare om de er enig eller uenig.

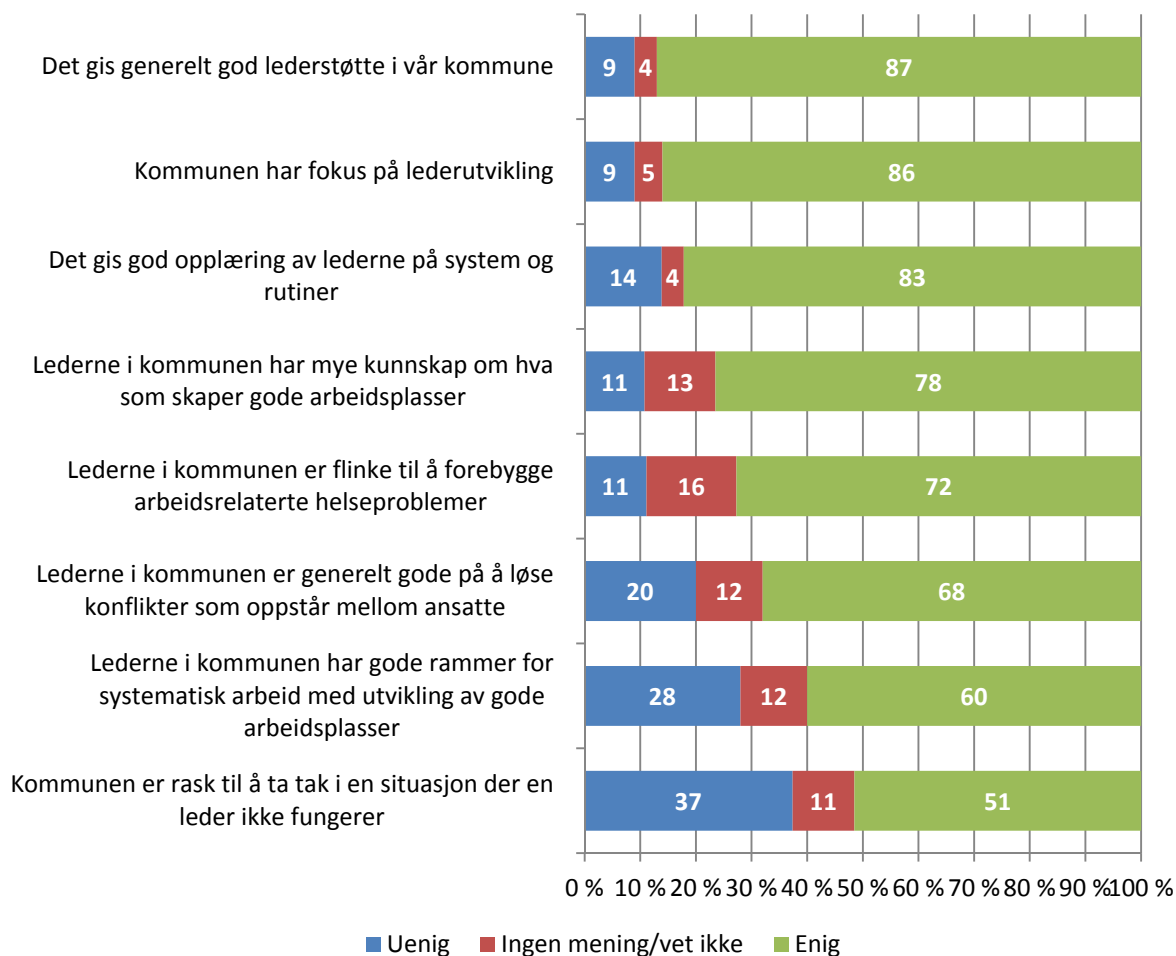


Figur 5.4 Kommunen har fokus på lederutvikling

Det er sterk korrelasjon i svarene om lederstøtte og lederutvikling, men vi ser at en større andel av hovedtillitsvalgte og verneombud mener det er fokus på lederutvikling i kommunen enn som mente at kommunen gav god lederstøtte. Det er igjen betydelige forskjeller mellom kommuner av ulik størrelse, og mønsteret er som over. Jo større kommunen er, jo høyere sannsynlighet er det for at de har fokus på lederutvikling.

Vi finner ingen systematisk sammenheng mellom grad av lederstøtte/fokus på lederutvikling og nivå på sykefraværet i kommunen.

I tabellen nedenfor vises en samlet oversikt fra spørreundersøkelsen til personallederne når det gjelder ledelse.



Figur 5.5 Respons på påstander om ledelse og lederkultur, personalledere.

Nær halvparten av personallederne mener at kommunene ikke er raske nok til å ta tak i en situasjon der lederne ikke fungerer. Samtidig mener 87 prosent av personallederne at det gis generell god lederstøtte i deres kommune. Generelt så viser den samlede oversikten at kommunene gir god lederstøtte, men det kan tyde på at det blir vanskelige saker når enkeltledere ikke fungerer. Her handler det kanskje heller om at den ansattstøtte som kommunen gir er mangelfull. Situasjoner der ledere ikke fungerer som får skure over lengre tid, kan resultere i ulike uheldige konsekvenser for de ansattes trivsel og helse.

### 5.3.6 Holdningsarbeid på systemnivå

Holdninger på overordnet nivå i virksomheten er viktig for å få god integrering av IA-arbeidet og kanskje særlig i forhold til inkludering. Friskvern er en del av satsingen innenfor Folkehelsearbeidet. NAV Arbeidslivssenter har bidratt til å sette helsefremming på kartet internt i kommunens IA og HMS arbeid, men det er flere som gir uttrykk for at kommunen ikke har kommet så langt i dette arbeidet. Det er også en tendens til at Folkehelse defineres som et sideordnet prosjekt, ikke som en integrert del av arbeidet (ref kap 2.3.4). Flere informanter gir et uttrykk for en pessimisme i forhold til det helsefremmende holdningsarbeidet, at noe av de helsefremmende tiltakene som var igangsatt har

falt bort etter en stund. En friskvernleder trekker frem holdninger knyttet til anerkjennelse av å stå på og belønning for innsats: *Du blir ikke belønna for den ekstrainsatsen. Det er det folk sier: At hvorfor skal de ofre seg når det er de det går ut over. Jeg har tenkt helhetlig, nå gidder jeg ikke mer.*

*Du kan høre det på diskusjoner i gangene: At de snakker om irritasjon og hvorfor den ene er borte og hvordan skal jeg få det til å gå opp. De bruker all tiden sin til å skaffe vikarer. Det er kun fokusering på økonomi og nedskjæringer. Enhver henvendelse som har med helsefremmende eller noe som kan gi inspirasjon til videreutvikling er stille eller dødt - eller det er ikke tid eller plass til det. (Friskvernleder i stor kommune)*

I en kultur vil den gruppe man tilhører tilby en lokal kulturell livsverden som tar for gitt en meningshorisont for det man tenker, føler og foretar seg (Bråten, 1998). På den ene siden kan en gruppe representere en trygghet og et miljø man føler seg hjemme i, men ikke nødvendigvis. I en gruppe kan det også være slik at personer med avvikende holdninger, blir disiplinert til å oppføre seg i tråd med flertallet (ibid).

På en annen side vil majoriteten i en gruppe representere en kilde til press, om å tenke, tro og oppføre seg på den måten som gruppen bedømmer som riktig (Bråten, 1998). Som samme informant antyder så er det en kulturell norm om at det er legalt å ta seg en sykmelding som "timeout" for å hente seg inn igjen.<sup>31</sup> *Folk sier det selv. De sier det – nå er det min tur til å kunne være syk (Friskvernleder i stor kommune)*

Arbeidsmiljøet representerer derfor også en arena for utvikling av meningskonflikt med videre prosesser av mobbing, trakassering og utstøting som er skyggesidene i en kultur. Sitatet nedenfor er et eksempel på en ytring av en holdning:

*Der blir det gjerne enda mer nedskjæringer. Du må syte og klage for å bli belønnet. Det er det samme vi gjør: At vi setter inn ressursene der hvor det er sykefravær fordi de skal få mer midler. Det er helt stikk i strid med langtidsfrisktankegangen i det hele tatt. (Friskvernleder i stor kommune)*

På et systemnivå kan man arbeide med kultur gjennom å sette seg inn i de ansattes situasjon. Bruk av empati og emosjonell intelligens er en måte å påvirke både hvordan en organisasjon tar i bruk og utvikler de ansattes talent, ved utvikling av samarbeid mellom ansatte, ansattes engasjement, moral og helse, og organisasjonens evne til innovasjon, produktivitet, effektivitet og kvaliteten på tjenesten (Godman & Carris, 2006).<sup>32</sup>

Flere informanter fremhever at NAV Arbeidslivssenter er en viktig aktør når det gjelder helsefremmende holdningsarbeid på systemnivå, men virksomhetene får også god hjelp fra bedriftshelsetjenestene i dette arbeidet. Sannsynligvis kan også NAV kontorene påvirke holdninger

---

<sup>31</sup> Ekvall viser til at det i det daglige samspillet mellom mennesker utvikles atferdsmønstre, holdninger og følelsetemninger til sammen utgjør et klima (Ekvall, 1990). Ekvall viser til at klimaet består av flere faktorer som omfatter både det fysiske arbeidsmiljøet og det sosiale. Et spørsmål som Ekvall tar opp er om begrepet klima også skal omfatte verdier, normer, og holdninger slik som kulturbegrepet omfatter.

<sup>32</sup> Emosjonell intelligente ledere vil påvirke potensialet i forholdet til sine medarbeidere for å hjelpe organisasjonen til å utvikle og bruke talent som er avgjørende for organisasjonens effektivitet. De som ønsker å hjelpe enkeltpersoner og gruppene til å bli mer emosjonelt intelligent, kan bruke denne modellen som utgangspunkt (Godman & Carris, 2006).

på systemnivå i virksomheten. Likevel, for de aller fleste er fortsatt IA-arbeid det samme som oppfølging av sykmeldte:

*Men det går på bevisstgjøring av de ansatte og at de har plikter og få synliggjort mer dette med IA. Så jeg synes kanskje at det siste halvåret/året så har det vært mer fokus på det med IA og de ansatte er mer informert om hva det er, enn hva det har vært før. Før har det bare vært noen retningslinjer som arbeidsgiver skal følge. At det skal være samtale da og oppfølging da. Men nå ser jeg at det går mye kjappere med oppfølgingsamtaler og det blir mye fortere planer. (Hovedtillitsvalgt i mellomstor kommune)*

På et systemnivå sier informantene at det er fokus på økonomi, nedskjæringer, manglende opplevelse av belønning og verdsettelse som gjør at de ansatte føler behov for en "time out". Dette kan være en kulturell holdning. I noen virksomheter kan de ansatte belønne seg selv på denne måten når de har stått på for virksomheten. En avdelingsleder svarer slik på spørsmål om motivasjon:

*Dere spør om motivasjon. Synes at gruppen her er veldig løsningsorientert innenfor rammen vi har og vi snur og vender og hjelper hverandre. Vi har ansatte som ser og forstår og som kommer med gode løsninger. Det er viktig at det blir sagt. Vi er slik at vi vil ikke gi oss. Man kan bli litt oppgitt av og til, men driven i gruppa – de trives og gå på jobb med de utfordringene som vi vet er og som kommer. (Avdelingsleder, i mellomstor kommune)*

Dysvik har påvist at indre motivasjon fører til bedre arbeidsprestasjoner og økt vilje til å hjelpe kollegaer og til å ta i et ekstra tak for organisasjonen når det trengs (Dysvik, 2010). Ansatte som er indre motiverte, opplever at jobben i seg selv er interessant, og utløser glede og engasjement i jobben. Engasjerte medarbeidere gjør en bedre jobb enn de som først og fremst jobber for å motta lønnen sin (er ytre motivert). Motiverte medarbeidere er også mer lojale i forhold til organisasjonen. Indre motivasjon reduserer også de ansattes intensjon om å slutte i jobben sin. Dersom organisasjoner ønsker å få det beste ut av sine ansatte, vil de tjene på å legge til rette for at de ansatte kan oppleve høyest mulig indre motivasjon på jobb, konkluderes det i studiene (Dysvik, 2010).

Et spørsmål kan i denne forbindelse være om kommunenes realisering av Folkehelse, og visjonen "Helse i alt vi gjør" kan fungere som en visjon som også kan appellere til ansattes indre motivasjon gjennom å omfatte ansattes behov for å trives, tjenesteutvikling, IA og HMS på samme tid.

Behovsteorier bygger på at motivasjon er en konsekvens av at behov ikke er tilfredsstilt (Haukedal, 2000). Av motivasjonsteorier som hører til denne kategorien er det McClellands teori som er mest anvendt (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Teorien kan oppsummeres i to punkter. For det første at personer motiveres til å handle når de opplever mulighet til å kunne tilfredsstille sine behov, og at de er forskjellige (utsikter til bedre lønn, sosialt samhold, positive tilbakemeldinger, anerkjennelse fra sjefen eller kollegaer). For det andre at det er et skille mellom indre belønning som den enkelte gir seg selv og ytre belønning som mottas fra organisasjonen.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Forventningsteori er en motivasjonsteori som utfyller behovsteoriene, og er mye anvendt i organisasjonssammenheng (Haukedal, 2000). Det sentrale i disse teoriene er at menneskelig atferd er et resultat av bevisste valg mellom ulike handlingsalternativer, og valgene er bestemt av personenes oppfatning av konsekvenser, sannsynligheten for at de inntreffer og verdien av disse.

### 5.3.7 Kultur for sykmelding heller enn egenmelding på korte fravær

IA-avtalen har kanskje medført en holdningsendring når det gjelder oppfølging av sykmeldte. Dette er kanskje den aller største effekten av IA-avtalen, at arbeidsgiver følger opp de som blir syke om det er seniorer eller yngre arbeidstakere. Men de nye reglene fra 2011 har kanskje gått for langt, og mange opplever den tette oppfølgingen både som ubehagelig og unødvendig, og blir provosert når arbeidsgiver ringer etter første dag for å spørre hvordan det går: *Kan lederen min ringe og spør om når jeg kommer tilbake når jeg bare har vært bort i to dager? Man får jo ikke fred lengre. (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune)* Flere mener også at det kan oppleves som ubehagelig å bli innkalt til samtale ved sykemeldt i 14 dager. Gjennom intervjuer med sykmeldte, spørreskjema til tillitsvalgte og verneombud, har vi tidligere funnet at ut de aller fleste ansatte synes det er greit å bli fulgt opp når de blir syke. Det handler om ivaretagelse og god oppfølging (Ose et al., 2013b). Dette handler om at det har blitt mer systematikk i sykefraværsoppfølgingen, og det har blitt en mer systematisk tilrettelegging der det er behov. Dette gjelder ikke bare i kommunene, men er en tydelig effekt av IA-avtalen. Holdninger likevel kan ha et potensial: *"Kultur og holdningsendring kan bidra til å få arbeidstakere til å føle seg trygge. Gjennom dette vil sykefravær reduseres." (Personalleder, stor kommune)* Mange informanter uttrykker at det er viktig å sørge støttende ledelse for å skape konstruktive holdninger: *Vi må ha en kultur og holdninger der både ledelse og ansatte leter etter muligheter og tar felles ansvar. Se både rettigheter og plikter (Personalleder, mellomstor kommune).*

Flere kommuner har også lagt større vekt på behov for en holdningsendring, fra å bruke sykemelding til egenmelding. *"Det går tregt... Vi har jo 23 dager tror jeg, men vi steg en halv prosentpoeng, fra rundt en prosent i fjor til 1,5 prosent nå. Så det er tungt å snu det." (Personalleder, stor kommune)*

I kommuner som sier de ikke høyt fravær i utgangspunktet, jobbes det med holdningsforståelse for at noen kan være syke, er viktig og at egenmelding ikke misbrukes, men har ikke fått de store og varige effektene på sykefraværet: *Dette har vi jobbet med i alle år, men fortsatt er sykefraværet stort. (Personalleder, stor kommune).* Andre informanter sier at de har oppnådd reduksjon i fraværet gjennom arbeid med kultur og holdninger. *Men dette var en kortvarig effekt, da fraværet nå stiger igjen. Vi har jobbet med kultur over ti år, selv det var ikke nok til å befeste en sunn praksis. Tror kanskje at kultur/holdningstilnærmingen har begrenset potensial. (Personalleder, mellomstor kommune).*

Noen personalledere trekker frem at samarbeid med legene også har en betydning i kultur og holdningsendring for eksempel som en personalleder foreslår: *..legene kan jo spørre den ansatte om de har flere egenmeldingsdager igjen, før de gir en sykemelding.* En personalleder i en stor kommune sier at det blir mye irritasjon hos avdelingslederne når det blir mye fravær: *Det blir ekstra arbeid og man kjenner den irritasjonen. Det blir en slags kløft mellom arbeidslederne og medarbeidere. Det er lav grunnbemanning, og det er så sårbart. Derfor tror jeg ikke at det er noe kultur for det der å bruke egenmelding som forebyggende, fordi det er så lav grunnbemanning. (Personalleder, stor kommune).*

Vi kommer tilbake til dette i kapitlet om virkemidler, men det er klart at dette handler mye om holdninger både fra den ansatte, leder og legen.

### 5.3.8 Mellommenneskelige relasjoner påvirker kultur

Mange av informantene forteller indirekte om situasjoner der de opplever å bli påvirket emosjonelt negativt av kollegaer og ledere. Ord og uttrykk som informantene har brukt viser at følelser er involvert i det mellommenneskelige samarbeidet: Sitat: "*det var ingen god stemning*" "*jeg innrettet meg ubevisst*" "*ble farget av frustrasjonen*".

De mindre kommunene trekker frem utfordringer som kan forekomme spesielt knyttet til åpenhet. Et lite lokalsamfunn kan oppleves som gjennomsluttig for en som er syk. I et lite miljø er det enkelte som nevner at ansatte og ledere også kan omgås som venner privat, eller ha nære familiære relasjoner i tillegg til å være arbeidskollega. Dette oppgis ofte som et hinder for utvikling av ledelse, som en informant påpeker: "*..i slike nære relasjoner kan arbeidsmessige forhold skure litt i det tause.*"

Mangel på åpenhet er det flere av informantene som kommer tilbake til som en utfordring i arbeidet med å utvikle arbeidsmiljø, ledelse og samarbeidsrelasjoner. Kommunene gjennomfører rutinemessig arbeidsmiljøundersøkelser hvor dette inngår som en del av spørsmålene. Enkelte sier at oppslutningen kan være dårlig rundt slike undersøkelser. Noen av spørsmålene er knyttet til lederen, og noen verneombud sier at det er ikke alle som vil utsette seg for å kritisere lederen sin. Noen informanter opplever det som skuffende at ansatte ikke våger å være mer åpen fordi det representerer en mulighet til å få sagt i fra dersom man ikke er fornøyd: "*Hvis man deltar, må man stå for det en sier. Det er ikke alle som vil utsette seg for det...Vi kan ha hatt allmannamøte eller personer har tatt opp eksakte ting. Ingen sier en dritt. Så kommer de ut i gangene og alle plaprer. En uting.* (Verneombud, liten kommune)

Åpen tilbakemelding er ikke så enkelt når det er knyttet til relasjoner mellom leder og ansatt er det flere informanter som trekker frem. Noen informanter både i store, mellomstore og små kommuner mener at kommunene har for dårlig oppfølging av sine ledere. *Å gi lederne tilbakemeldinger – det bør være noen som gjør det. Hvem er det som gjør det? Hvordan blir de målt og veid?* (Verneombud liten kommune)

Dersom organisasjonens klima heller ikke gir støtte til eller belønner emosjonelt intelligent atferd, er det stor sannsynlighet for at de ansatte vil mistriives og prøve å forlate organisasjonen (Jacobs & Ruth, 2006). Derfor har det stor betydning å utvikle og opprettholde emosjonell intelligent atferd hos organisasjonens nåværende ansatte (ibid). Gode mellommenneskelige relasjoner er ett av flere grunnleggende menneskelige behov, og kvaliteten på relasjoner er avgjørende for menneskelig trivsel og helse i et arbeidsmiljø.<sup>34</sup>

Mange av kommunene har medarbeidersamtaler, men flere informanter sier at det er vanskelig å gi en negativ tilbakemelding, og at dette er noe de gruer for. Det kommer frem at det er forskjeller også innen kommuner. Noen ledere har hatt flere slike samtaler mens andre sier at de nesten ikke har hatt slike samtaler fordi samarbeidet har vært godt og de ansatte er motiverte. En virksomhetsleder, mellomstor kommune sier det går ikke an å vente med de samtalene: "*da rakner det rundt meg, og*

---

<sup>34</sup> *The Empathy competence gives people an astute awareness of others' emotions, concerns, and needs. Empathy requires Self-Awareness; our understanding of others' feelings and concerns flows from awareness of our own feelings. This sensitivity to others is critical for superior job performance whenever the focus is on interactions with people. Organizational Awareness, the ability to read the currents of emotions and political realities in groups, is a competence vital to the behind-the-scenes networking and coalition building that allows individuals to wield influence, no matter what their professional role. Insight into group social hierarchies requires Social Awareness on an organizational level, not just an interpersonal one.* (Godman & Carris: 2006 s 35-36).

*da rakner min jobb også. Ta det med en gang før det blir stort og før man rekker å grue seg. Sette opp punkter, hvilke punkter skal drøftes, evt. skal det drøftes eller er det bare en beskjed som skal gis.*

Flere informanter viser til episoder der ledere har hatt en krenkende oppførsel overfor ansatte, men at ansatte ikke har turt å gi tilbakemelding på en slik opptreden av hensyn til sin egen trygghet. Opplevelse av å være i en presset økonomisk situasjon nevnes som en av årsakene til slike utblåsninger hos leder. Uenighet om faglige vurderinger, rolle, økonomi og ansvarsfordeling er også tema som er årsaker til uenighet som en leder sier: *Det skjedde senest i dag. Han og jeg har diskutert et problem og blitt enige om løsning. Jeg fronter det og så har han ombestemt seg. Neste gang vi da har fellesmøte på økonomi da blir jeg paff. Vanskelig å forholde seg til et problem der man er enig om løsning og så ombestemmer seg uten å si fra til meg. Han har hatt tendens til å bestemme ting uten å ta meg med.*

Sosiale atferdsmønstre i en kultur formes på bakgrunn av de holdningene som personene har, og den makt som vinner frem med sine synspunkter (Hale, 1985).<sup>35</sup> Det strukturerende prinsippet som ligger til grunn for en gruppes atferdsmønster, kan være basert på faglig ideologiske holdninger, økonomisk verdier, politiske prioriteringer eller rett og slett private preferanser hos de ansatte for å nevne noe.

Sosiometriske undersøkelser i et arbeidsmiljø avdekker hvilke skjulte strukturer som gir en gruppe sin form (Hale, 1985). Sosiometrien avdekker ulike allianser og relasjoner som eksisterer mellom enkeltpersoner, hvilke subgrupper/kulturer som eksisterer og hvilke skjulte antagelser de ansatte kan ha om hverandre. Det kan også dreie seg om forbudte agendaer, hva er det tillatt å snakke om, hva som er skjult og andre ideologiske overenskomster de ansatte har med hverandre (ibid). I dette perspektivet vil kultur og holdningsendring kunne skje gjennom å påvirke den menneskelige atferden slik at det dannes nye sosiale mønstre.

Unntaksvis har vi også hatt informanter som har gitt uttrykk for at det har vært vanskelig i relasjon til overordnet leder, og noen steder har det vært høy turnover som følge av dette. En personalleder sier det slik: *Rådmannen har eksplodert overfor noen av lederne sine. Har vært til stede på en eksplosjon. ..hadde jeg opplevd en slik utblåsning vet jeg ikke...*

Hvordan situasjonen blir håndtert når noen blir utsatt for krenkende overlast vil være avgjørende for kulturens utvikling. Synes andre det som skjer er helt greit, eller legger de ikke merke til at noe skjer, eller overser at noe galt skjer når personer blir utsatt for krenkelser? (merk Tilskuereffekten, det at sannsynligheten for at man vil hjelpe noen, reduseres hvis det er andre til stede i situasjonen, Det store Norske Leksikon).

En hendelse som medfører en emosjonell overlast, medfører stress (Mc Evens, 1998). Negativ påvirkning på immunforsvaret av stress og emosjonell overlast er godt dokumentert (ibid). *Allostatisk overload* som det kalles ved konstant emosjonell overlast som kan skje når en person er utsatt for konstant stress, men deretter til sammenbrudd av kroppens tilpasningsevne (Kirkengen, 2005).<sup>36</sup> Personer i kronisk avmakt kan blant annet utvikle osteoporose på grunn av forhøyet kortisol.

---

<sup>35</sup> Begrepet sosiometri betyr å måle et fellesskap. Jacob Moreno definerte sosiometri slik, Innsikten i dannelsen og organiseringen av grupper og posisjonen til individene innenfor. (Hale, 1985).

<sup>36</sup> Nummenhet, oppgitthet og en følelse av kronisk avmakt som da kan være resultatet, kan gi ulike sykdomstilstander på grunn av konstant forhøyet kortisolnivå. Det er forsket mye på konsekvenser av en slik stresstilstand (ibid, Ness & Cauley, 2004).

Mennesket kan også spalte vekk en traumatisk erfaring (kroppssmerter) ved å isolere erfaringen. Da kan vedkommende utvikle angst (ibid).

### 5.3.9 System og rutiner

Kommunenes struktur er basert på et tydelig samarbeid med politisk nivå, og de lover, regler og formål som tjenesteområdene er pliktig å følge. I tillegg til en stram struktur har kommunen selv et ansvar for å utarbeide og følge opp de ansatte og brukere gjennom de system og rutiner som er formalisert. Dette er en del av organisasjonskulturen. På et psykososialt og mellommenneskelig nivå er det opp til kommunene selv å ha gode systemer og rutiner for eksempel gjennom vedtatte verdier og holdningsmessige føringer som er vedtatt i en arbeidsgiverstrategi. Som tidligere nevnt i innledningen er det mange ansatte med ulik kompetanse og etiske preferanser som skal koordineres for at innsats skal dra i samme retning i en faglig utvikling og ivaretagelse av personalet. Det kan tyde på at på dette området har kommunen et potensial for å utvikle sine systemer og rutiner. Kommunalsjef i denne kommunen legger vekt på at mellomlederne skal bruke tid på personalet sitt: *"Folk kan velge å bruke masse tid til administrative ting og si at jeg får ikke tid til noe annet. Da kjører vi inn en annen tenkning. Du skal ha tid til folka dine. Det er det som er ledelse."* (Kommunalsjef mellomstor kommune)

Manglende kultur for sosiale støtte, rolle tvetydighet (mangel på rolle klarhet, rolle konflikt), arbeidsmengde (også kvantitativ krav), alder, hardførhet, aktive mestring, kan være faktorer som har vist seg å korrelere sterkt med utbrenning (Isaksson Rø et al., 2010). Stress og emosjonell utmattelse er et forhold som kan oppstå som følge av vedvarende uklarhet i roller på en arbeidsplass, mangel på opplevelse av anerkjennelse og sosial støtte (Steiner & Perry, 1997). Slike forhold vil involvere ledelse. Avklaring av årsaker til stress og mangel på stressmestring i et arbeidsmiljø er derfor et viktig tema som kan påvirke resultatene av IA innen kommunal sektor både når det gjelder ledere og ansatte.<sup>37</sup>

Sykefraværsregimets administrasjon nevnes som nevnt ofte som en ekstra belastning som krever mye tid i det daglige. Det er også flere kommuner i utvalget som tar opp utfordringer knyttet til tilrettelegging og mange antyder at det har gått for langt og ut over tjenestetilbudene. At økt tilrettelegging også har konsekvenser for avtalte turnusordninger nevnes av flere informanter, som sier de må reforhandle turnusordninger med de tillitsvalgte fordi de er på kant med avtalen: *"Det foregår heftig debatt rundt dette med turnus og fagforeningers muligheter når det gjelder muligheter til å sette ned foten og arbeidsmiljølovens bestemmelser. Den følger vi med argusøyne"* (Ordfører, rådmann, kommunalsjef, politiker, mellomstor kommune). Noen tillitsvalgte og ledere mener at deres kommune har kommet til et punkt hvor de kunne ønske at det ble sett nærmere på dette på et nasjonalt nivå på hvor langt man kan tøyne turnusene. De mener det går noen grenser for hva som er det optimale med tanke på brukerne av tjenestene og samtidig å ivareta de ansatte, og at det er noen begrensninger i forhold til gode løsninger for små stillinger kontra større. Oppfølging av sykemeldte går igjen hos flere informanter som et område der flere ledere sliter med å følge opp

---

<sup>37</sup> I forskningslitteratur på stress blant ledere har flere studier vært opptatt av ledere på øverste nivåer i organisasjonen, uten at ledere på midterste og nedre nivåer som har ansvar for det daglige samarbeid underordnede og tjenesteproduksjonsprosesser er tatt med. Videre, har lite forskning vært gjennomført for å undersøke graden av krav og ressurser knyttet til jobbtilfredshet og helse blant ledere, og om forholdet mellom krav og ressurser påvirker slike utfall av stress hos ansatte (McNally 2000; Worrall & Cooper 1995).



skjemaer og tidsfrister i sykefraværsoppfølging: "De tilrettelegger seg bort i fra de tingene de skal levere. For eksempel i barnehagene en stund tilrettela ei så mye at hun snart ikke kunne ha barn der, for det var ingen til å ta seg av dem... Det vet jeg også helse sliter med. Det er de to store sykefraværsarbeidsplassene, skole og barnehage og helse. Så det er mye dokumentasjon og tilrettelegging.

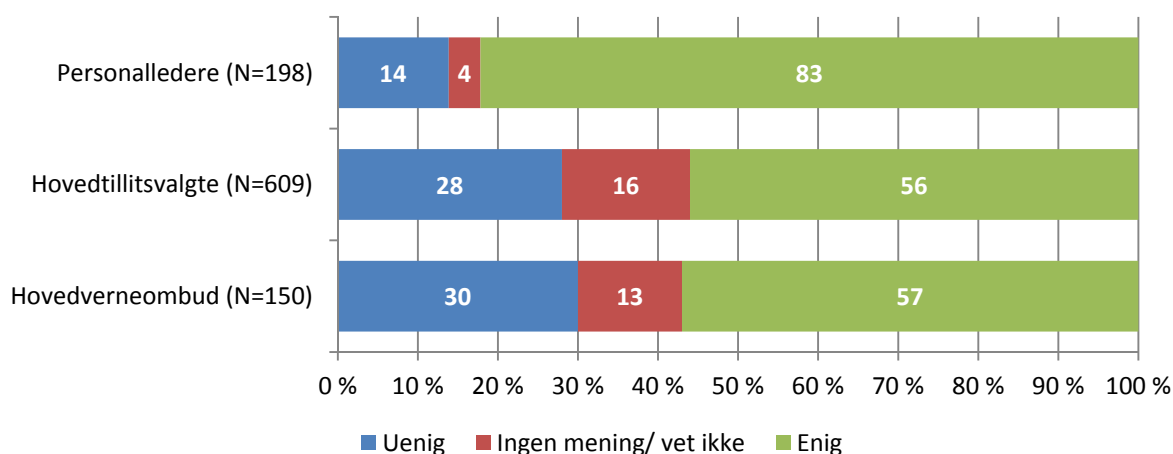
På et individnivå er kommunene altså flinke til å tilrettelegge og følge opp.

*I forhold til helse som HTV representerer, så er det veldig ofte turnusproblematikk, arbeidstid som er problemet. Da er det bestemmelser som sier at hvis man skal ha dispensasjon fra arbeidsmiljøloven og arbeidstidsbestemmelsen, så skal det foreligge en uttalelse fra vernetjenesten. Spesielt overfor avdelingen Helse har det vært mye. (HVO i bykommune)*

Flere kommuner satser på opplæring av ledere: *Ja. Altså systemet er på en måte alfa og omega og det er opplæring av ledelse. Når ledelsen får opplæring i system så vil det skape trygghet det også, og opplæring av systemet til lederne trenger vi for at det skal gå bra. (HVO i mellomstor kommune)*

Gode systemer og rutiner for drift av tjenesten er en forutsetning for trivsel, og mangel på dette kan representere noen alvorlige stressorer for de ansatte (Semmer, 2006). Mange forskere har beklaget at det ikke er så mange studier som vurderer en stressreducerende effekt av å endre arbeidsmiljøet (Semmer, 2006). Studier og intervensjoner av arbeidsmiljø har vært inndelt i noen kategorier som: Oppgavekarakteristikker, arbeidsforhold, roller, sosiale forhold og generelle motiverende forhold. Resultatene viser at man ved å foreta endringer oppnådde effekt på flere områder som indre motivasjon, opplevelse av autonomi og forbedret effektivitet i arbeidet.<sup>38</sup>

I vår spørreundersøkelse fremkommer det at det er en betydelig andel ansattrepresentanter som mener at lederne ikke får god nok opplæring på system og rutiner, men relativt få personalledere som mener det. Samme systematiske mønster finnes her som tidligere, det gis oftere god opplæring av ledere på system og rutiner i store kommuner enn i små kommuner.



Figur 5.6 Det gis god opplæring av lederne på system og rutiner

I denne undersøkelsen kan man ikke se bort fra at de enkelte informantene legger ulikt innhold til grunn på spørsmål om systemer og rutiner. Hovedverneombudet har i sitt ansvarsområde

oppmerksomhet mot HMS-arbeid, mens hovedtillitsvalgte kan legge til grunn turnus, lønn og detaljert oppfølging av sykemeldte og tilrettelegging for den enkelte og kan være farget av den kontakt de har med konkrete saker pårørende og brukere av tjenesten. Personalsjefen har i de fleste kommuner et overordnet ansvar for system og rutiner innenfor personalfunksjonen.

En av kommunene i utvalget har valgt å lage en slik opplæring gjennom et eget prosjekt. Kommunen har valgt å bruke et eksternt konsulentfirma i arbeidet med å bruke elementer av Lean-modellen, og kombinere dette med elementer fra den helsefremmende ledelse i arbeidet med administrasjon og systemrettet arbeid. Prosjektet var ved intervju tidspunkt foreløpig innført i to barnehager.

Som administrativt verktøy har de tatt i bruk en tavle som et kommunikasjonsmedium, hvor de ansatte selv kan gi beskjeder og informasjon til hverandre i kollegiet. Tavlen fungerer også som "arena" for medvirkning i det daglige, samt at den virker til å få frem betydningen av samhold og opplevelse av å høre til og inngå i en større sammenheng. Den enkelte blir også ansvarliggjort i forhold til det som blir skrevet på tavlen. Det gir forutsigbarhet, god informasjon og trygghet i planlegging og hensiktsmessig arbeidsfordeling ut fra kompetanse. Kommunen forteller at noe av det tydelige som kom frem i prosjektet deres som de egentlig ble mest overrasket over, var det kollegiale fellesskapets rolle i tilrettelegging. I utgangspunktet hadde de hatt en forestilling om at det var leders ansvar å tilrettelegge internt. Det viktigste med tavlen som et virkemiddel, er at den synliggjør hvordan det kollegiale miljøet støtter hverandre når noen kollegaer er borte eller har dager hvor de opplever seg som redusert i forhold til å klare en full arbeidsinnsats. I fase to av prosjektet har de ansatte knyttet oppgaver mot de konkrete målsettingene for virksomheten, for å få frem en tydeligere betydning av hva man faktisk velger å gjøre, eller ikke å gjøre. Hensikten er at dette skal styrke trivselsfaktorene heller enn å fokusere på oppgaver på kort sikt.

Noen kommuner (fortrinnsvis små) har bevisst nedprioritert arbeidet med å utvikle rutinebeskrivelser, til fordel for å bruke ressursene på ledelse og oppfølging av de ansatte i praksis.

En personalsjef sier det slik:

*Alle disse forskriftene som kommer med krav om rutiner på alle mulige slags områder. Vi skal jo ha rutiner. Det kunne vært med fordel skrellet bort til et minimum, mener jeg altså, for det hjelper ikke. Det er ikke det som hjelper... En leder blir ikke bedre av å ha alle rutiner på plass. (Personalsjef i mellomstor kommune)*

Selv om tema for Arbeidstilsynets satsing er oppfølging og bruk av virksomhetenes HMS-systemer/rutiner i praksis, er det flere kommuner som stiller spørsmål om Arbeidstilsynet fokus og pesing av kommunene til enhver tid å ha oppdaterte skriftlige rutiner for sitt HMS-arbeid er det rette fokus for tilsyn.

*Ja, jeg tror at istedenfor at vi ble peset på veldig mye av det, om vi kunne brukt mye av de ressursene og fått bistand utenfra også til å på en måte heve kompetansen og heve nivået på lederne rundt omkring, tror jeg vi ville se en helt annet effekt. En leder blir ikke bedre av å ha alle rutinene på plass. (Personalsjef mellomstor kommune)*

*Ja, det er én ting. Det andre er at det er ikke sikkert det er behov for å gjøre noe bedre på det. I hvert fall på to av de skolene som vi har tilsyn på nå, som vi får pålegg på, det er folk der, det er stabil arbeidskraft, elevene har bra resultater, det er lite sykefravær. Også blir vi peset på ting som vi mener er unødvendig. Hvorfor kan vi ikke heller få bruke ressursene på å styrke ledere,*

*og bruke ressursene på å være ledere. Det har blitt alt for mye på system og struktur, rutiner og permer og alt det der. Det tar altfor mye tid for oss. (Personalsjef i mellomstor kommune)*

### 5.3.10 Konfliktåndtering

68 prosent av personallederne mener at lederne i kommunen generelt er god på å løse konflikter som oppstår mellom ansatte. Mange informanter bruker ord som utrygg og usikker ledelse som grobunn for at konflikter får utvikle seg:

*Det er forskjellig og usikre ledere er jo en faktor... ledere som enten baserer seg på frykt eller opererer i kulissene med lite deltagelse. Andre har litt sånn der misforstått demokrati, altså at de tenker at alle må være enig i alle avgjørelser som blir tatt. Det handler om kultur og ukultur, men lederne er på en måte ikke "på", til å forandre de tingene. Noen vil føle at det ikke er åpenhet i forhold til de sakene som har blitt så store at de har blitt involvert. Så har det vært dårlig kommunikasjon med lederen og på en måte litt sånn, ja dårlig psykisk kultur, dårlig kommunikasjon og dårlig snakking, og folk som føler at de blir stengt utenfor og sånne ting. (Hovedverneombud i mellomstor kommune)*

At konflikter eksisterer i organisasjoner er mer regelen enn unntak. Undersøkelser viser at ledere bruker rundt 20 prosent av arbeidstiden sin til å håndtere konflikter eller ettervirkninger av konflikter (Einarsen og Skogstad, 2001). Omorganisering og utrygghet nevnes også som en av hovedårsakene til konflikter, slik en representant fra bedriftshelsetjenesten beskriver nedenfor når vi spør om hvordan de bidrar inn i kommunens arbeid

*Stort sett når de har problemer i forhold til konflikter eller når vi skal ha omorganisering, og det er en kjempestor omorganisering nå. Så var vi inne der nå flere ganger, og valgte å holde et kurs for de ansatte som gikk på omorganisering og hva som er normale tanker i slike prosesser. Alle er redd for sin egen arbeidsplass. Om det skal bli bra totalt sett, og er engstelige med hva skjer med meg... (Bedriftshelsetjeneste, relativt liten kommune)*

Som sitatet over beskriver, oppstår konflikter av flere grunner. Et utgangspunkt som danner grunnlag for utvikling av konflikt på et individnivå er opplevelsen av følelsesmessige krenkelser, at man ikke får tilfredsstilt grunnleggende behov i hverdagen, eller føler egne behov som truet (Burton, 1966). Et menneske er altså ikke helt tilpasningsdyktig, men er forskjellige som er viktig å ta hensyn til i inkluderingsarbeidet. Burton viser til at dersom man tar konsekvensene av dette behovsperspektivet, så må man innse at mennesket vil forsøke å tilfredsstille disse grunnleggende behovene uavhengig av omstendighetene og konsekvensene.<sup>39</sup> Dette kan også gi en viktig forståelse for hvordan konflikter oppstår, hvordan de skal løses, og hvordan de skal forebygges (Burton, 1966). Etter hvert flere forskere deler Burtons utgangspunkt for dannelse av konflikt, istedenfor i en tenkning som har tatt utgangspunkt i "rett og galt".

Mange sier at ledelse er avgjørende for et godt arbeidsmiljø og trivsel på arbeidsplassen:

*Ja, det er jo det. Så det tenker jeg også det der med at sykefraværstatistikk i en bedrift sier veldig mye om mange ting og blant annet ledelse. Og at det er lettere og bli sykemeldt og bli syk i en bedrift med dårlige ledere. Det er det jo klart at det er (Kommunelege i mellomstor kommune)*

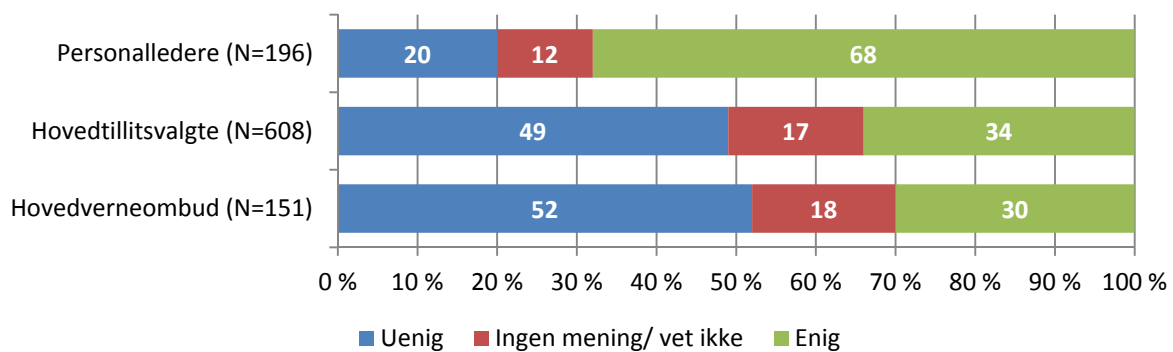
---

<sup>39</sup> Gjennom å forstå konflikter i et lys av følelsesmessige krenkelser og at noen kan føle at grunnleggende behov ikke er tilfredsstilt, øker muligheten for å løse konflikter slik at ulike parter kan føle seg fornøyd (Lind, 2001)

Flere tillitsvalgte gir også uttrykk for en holdning der de oppfordrer sine medlemmer til dialog før en situasjon i arbeidsmiljøet tilspisser seg i en konflikt: *Vi har jo forskjellige formelle verktøy tenker jeg. Vi har jo konflikthåndteringsreglement, og nå har vi også fått ny rutine.* Flere etterlyser også bedre rutiner som kan forebygge konflikter og samarbeidsproblemer: *(Hovedverneombud, mellomstor kommune)*

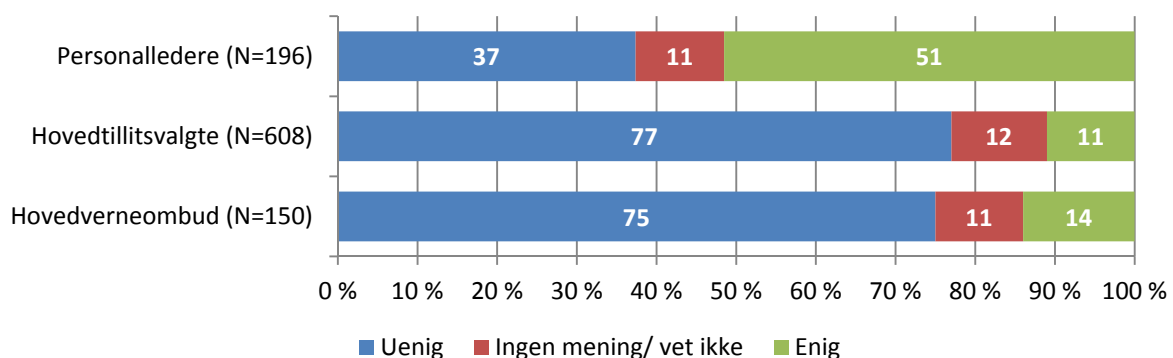
*Vi har konflikthåndteringsplan som vi legger til grunn når vi opplever at det kan være konflikter. Og hvis det er konflikt mellom en ansatt og en leder, så blir det løftet opp et nivå over der. Vi har etatsnivå, sånn at hvis det gjelder en ansatt og en leder på en avdeling, så blir saken løftet til etatslederen, og da pleier jeg også å bli involvert i saken. Hovedverneombud kan da bli involvert i saken hvis det er naturlig, eller så kan det være verneombud eller tillitsvalgt på arbeidsplassen, alt etter hvem den ansatte ønsker å ha med seg. Eller kanskje en helt annen person. (Personalsjef, liten kommune)*

I kartleggingen har vi undersøkt om lederne generelt anses å være gode på å løse konflikter som oppstår mellom ansatte.



Figur 5.7 Lederne i kommunen er generelt gode på å løse konflikter som oppstår mellom ansatte

To av tre personalledere mener lederne i kommunen generelt er gode på å løse konflikter som oppstår mellom ansatte, mens kun hver tredje av de ansatte er enig i dette. Forskjellen reduseres noe om vi kun ser på de kommunene med svar fra både personalleder og hovedtillitsvalgt, eller personalleder og hovedverneombud – men er likevel betydelig.



Figur 5.8 Kommunen er rask til å ta tak i en situasjon der en leder ikke fungerer

Det er altså en betydelig andel personalledere (37 prosent) som mener at kommunen ikke er rask til å ta tak i en situasjon der en leder ikke fungerer. Det er også en svært stor andel av

ansattrepresentantene som mener at her har kommunene mye å gå på. Vi finner heller ikke her systematiske forskjeller ut i fra størrelsen på kommunene, men vi finner en signifikant sammenheng i forhold til sykefravær (legemeldt sykefravær).

Kommuner som gir uttrykk for at de har kultur for å ta tak i en situasjon der en leder ikke fungerer (er enig i påstanden), har systematisk lavere legemeldt sykefravær. Dette er et viktig funn, og her kan det ligge et stort potensial for forbedring.

På spørsmål om hvordan kommunen løser konflikter eller samarbeidsproblemer mellom en leder og ansatt/ansatte får vi følgende variasjon i svar fra personalledere:

- *Det varierer fra enhet til enhet*
- *Kunnskapsnivået er variert, men vi jobber med lederopplæring. Ellers er det også ulike holdninger hos lederne*
- *Her er det nok meir både-og.*
- *Det tar ofte for lang tid før konflikten blir tatt tak i.*
- *Flere av disse forholdene er heldigvis i bedring nå og selv om lederne kanskje kan mye om hva som skal til, så er det ikke sikkert at de gis mulighet til å innrette arbeidsplassen slik at det gode arbeidsmiljøet alltid fremmes*
- *Bør ha ein felles ledelsesprofil*
- *Dette er veldig personavhengig, enkelte er veldig flinke, andre tar det ikkje så nøye.*
- *Til det siste spørsmålet så har vi blitt vesentleg flinkare dei siste 4 åra.*
- *Generelt en vanskelig problemstilling når en leder ikke fungerer Når får vi vite det, på hvilken måte osv. Så jeg tror ikke vi er gode nok på dette feltet.*
- *Mange ledere har en svært presset arbeidssituasjon med mange oppgaver som skal håndteres. Når det gjelder konfliktløsning er lederne blitt flinke til å be om støtte fra HR på et tidlig tidspunkt, og går da inn i problematikken.*
- *Ledere er også mennesker - noen er svært gode og noen deltar ikke på noe. Det er her som andre steder at ledere følges opp (balansert målstyring), lederavtaler og medarbeiderundersøkelse.*

En kultur der administrativ ledelse støtter fagledere, virksomhetsledere og enhetsledere i tykt og tynt, kan føre til at konflikter får rotfeste på ulike nivå. Studier viser at det i arbeidssituasjoner på et systemnivå kan opptre indirekte og passive former for følelsesmessig aggresjon, ofte som sinne, frustrasjon og angst.<sup>40</sup> Utløsende årsaker til følelsesmessige negative reaksjoner kan være forskjellige, men organisasjonsendringer, nedbemanning, økning av arbeidsstyrke, mangfold mer bruk av deltidsansatte og budsjettkutt er noen av de hyppigste årsakene til følelsesmessig aggresjon (Baron. Neuman,1996)

---

<sup>40</sup> Det er flere som har definert konflikter som en frustrasjon der en person, gruppe eller to grupper føler seg forhindret av en annen part ((Einarsen&Skogstad, 2001). En slik definisjon viser at en konflikt kan oppstå som følge av en følelse (redsel, sinne, avvisning) eller en tankemessig frustrasjon (opplevelse av at ens intensjoner og mål blir blokkert).

### 5.3.11 Kvalitetsutviklingen og brukerforventninger i kommunale tjenester

For de fleste kommuner har det skjedd en utvikling over lengre tid, der de har fått ansvar for brukere med tyngre og mer krevende pleie. Dette er også en lederutfordring som påvirker både ansatt, kompetansebehov og samarbeidet i arbeidsmiljøet når ansvar, behovet for samarbeid og oppgaver endrer seg. Indirekte er dette også forhold som løftes frem. Forholdet påvirker også resultater i IA.

*..borte hos oss har det skjedd store forandringer nå i disse årene. Har vært mye usikkerhet blant de som jobber der. Det er psykisk utviklingshemmede vi jobber med. Er en stabil og rolig gruppe i en lang periode. Har kommet inn brukere med en annen type adferd som setter mye større krav til de som jobber der. Krav på en helt annen måte. De som har jobbet der i 20 år synes det er vanskelig å begynne og jobbe med slike ting. Det er angst, frustrasjon, fortvilelse. (Verneombud, til dels liten kommune)*

Endringer i brukergruppe legger nye forventninger til utvikling av kvalitet og kompetanse hos bemanning. Når det gjelder kvalitetsutvikling og forventninger om rutinebeskrivelser til ulike aktiviteter, er det en generell holdning hos informantene om at kvalitetsutviklingen går for langt med forventninger til lederne om å utarbeide rutinebeskrivelser:

*Kan lage mye fint og flott, men det er vi ikke interessert i. Må ha rutiner som faktisk fungerer. Ellers blir det ikke brukt. (Enhetsleder, mellomstor kommune)*

Mange ledere, både i barnehager, i skolen og i pleie og omsorgstjenestene må forholde seg til pårørende på ulike måter. En enhetsleder som er frustrert.

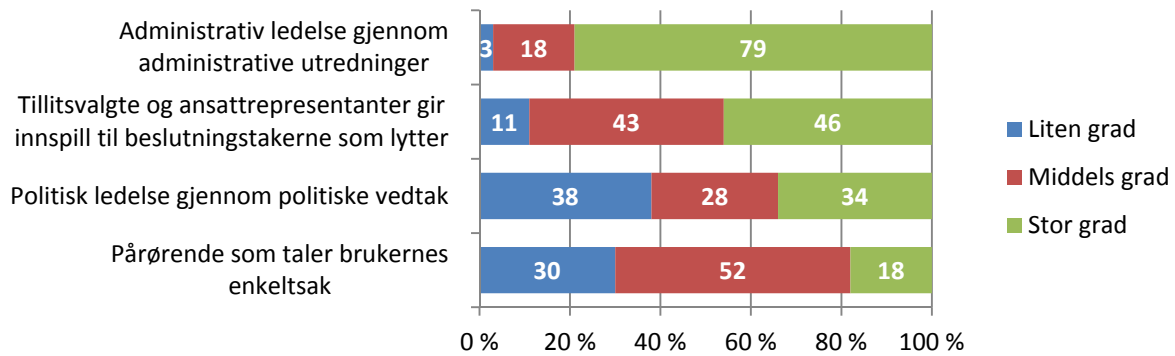
*Nei, ikke veldig sliten, mer frustrert. Det går litt opp og ned. Tror det er de som har det verre. ... Mye innedager. Hører og ser ting som ikke fungerer som plutselig kan komme fra noen sinte pårørende som har ventet i flere timer. Sånne ting kjennes enda mer på kroppen. Komme dit 2 timer for sent og vite at du ikke har noen skyld i det. Å vite at når en kommer inn døra så er det jeg som må stå i det (Gruppeleder i hjemmetjenesten, liten kommune)*

Brukerne har også forventninger til tjenestene. Endringer av enkeltbrukeres tilbud og omorganiseringer innenfor pleie og omsorgstjenester skaper irritasjoner hos pårørende og frustrasjoner både hos bruker og ansatte, som har forventninger om stabilitet.

*Pasientene, brukerne skjønnte ikke hva som skjedde. Avdelingen der de bodde ble gjort om fra sykehjem til omsorgsbolig. De ble sur og grinete. (Verneombud og tillitsvalgt i mellomstor kommune)*

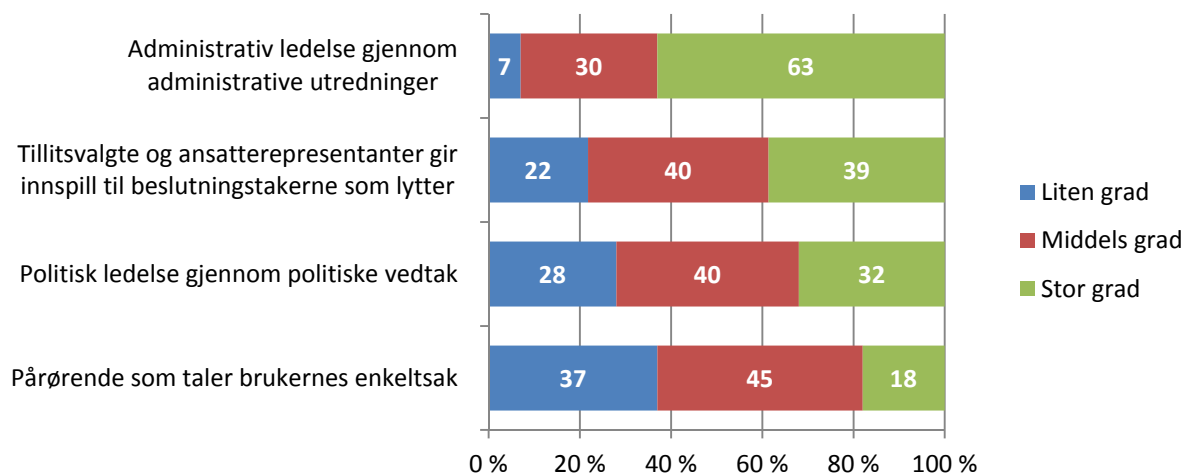
*... du har jobba med det og pårørende er veldig sliten både fysisk og følelsesmessig. Pårørende får plutselig beskjeden om at nå skal du ta over ansvaret igjen. Tror det også gjør at noen blir f.. (Verneombud, Tillitsvalgt mellomstor kommune)*

Vi har spurt både personalledere, hovedtillitsvalgte og hovedverneombud om hvordan kvalitetsutviklingen styres i kommunene. Figuren under viser hva personalledere mener:



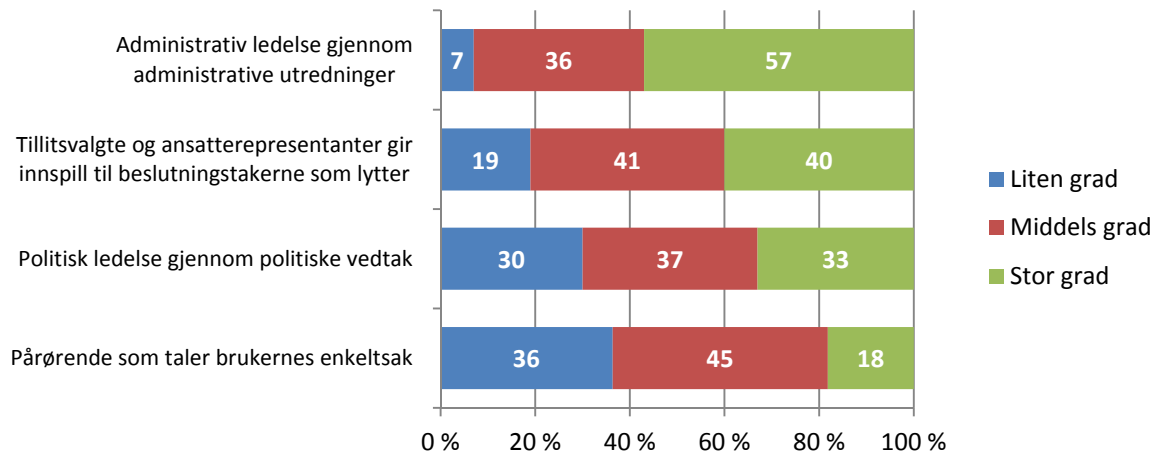
Figur 5.9 Hvordan styres den faglige kvalitetsutviklingen i kommunens tjenester? Personalleder. N=196

Nær 80 % av personallederne mener at den faglige kvalitetsutviklingen av kommunens tjenester styres gjennom administrative utredninger, og litt over 30 prosent også gjennom politiske vedtak. Dette kan tyde på at det i hovedsak er administrasjonen som styrer den faglige kvalitetsutviklingen i kommunene. Vi har ikke undersøkt i hvilken grad kvalitetsutviklingen styres gjennom andre vedtak som kommer fra overordnede myndigheters reformer, lover og regler.



Figur 5.10 Hvordan styres den faglige kvalitetsutviklingen i kommunens tjenester? Hovedtillitsvalgte. N=589

Nær 80 prosent av de tillitsvalgte sier at den faglige kvalitetsutviklingen i kommunens tjenester også styres gjennom de innspill som de gir til beslutningstakerne. Dette kan tyde på at de tillitsvalgte opplever at de har stor påvirkning på den faglige kvalitetsutviklingen i kommunene.



Figur 5.11 Hvordan styres den faglige kvalitetsutviklingen i kommunens tjenester? Hovedverneombud. N=143

Interessant er også å se at 18 prosent av både personalleder, hovedtillitsvalgte og verneombud er enige om at den faglige kvalitetsutviklingen i kommunens tjenester også skjer gjennom pårørende som taler enkeltbrukeres sak. Flere informanter har sagt i intervjuer at de opplever en utfordring i hverdagen med pårørende som taler brukeres enkeltsak. Uavklarte brukerforventninger er et problematisk tema som kan utgjøre en belastning for trivsel og tryggheten til ansatte. Det er derfor nærliggende å trekke en konklusjon om at det må skje en nærmere presisering og klargjøring av ansvar for den kommunale kvalitetsutviklingen på tjenestene, slik at enkeltansatte slipper å oppleve at de får en belastning i hverdagen med å måtte forsvare en kvalitetsutvikling ute hos enkeltbrukere. Oppsummert kan det tyde på at kvalitetsutviklingen på kommunale tjenester ikke er tilstrekkelig støttet gjennom en overordnet arbeidsgiverpolicy. Dette kan påvirke muligheten for å lykkes i IA-arbeidet.

### 5.3.12 BHT`s rolle ved kultur og holdningsendring

Mange kommuner anser Bedriftshelsetjenesten som en viktig samarbeidspart for ledelsen på virksomhetsnivå, og bidrar til å få større åpenhet rundt tema som oppleves problematisk og konfliktfylt: *"Og akkurat i forhold til den kommunikasjonen så tror jeg godt at det er bedriftshelsetjeneste på de dialogmøtene som er med og åpne litt, og kan være med på og dempe hvis det blir for konfliktfullt."* (Lege, relativt liten kommune)

Flere nevner også kompetanseområder som BHT har både når det gjelder vurdering av tilrettelegging og ergonomi av betydning for ansatte. Konfliktløsning er et tema som enkelte informanter nevner at Bedriftshelsetjenesten har kompetanse og kan bistå kommunene. BHT opplever at ledere kan være usikker på hvordan konflikter skal håndteres. Enkelte Bedriftshelsetjenester sier at de har satset på spesialisert kompetanse på dette området fordi mange ledere er usikre: *"Jeg tror prinsippet om kontradiksjon ved konfliktløsning ikke kjennes godt nok i det hele tatt. Det står ikke i arbeidsmiljøloven, det er et juridisk prinsipp som gjelder i Norge som betyr at man ikke har lov til å klage på andre og samtidig være anonym. Så hvis du klager skal du stå for det. Leder som tar i mot en klage skal vite det: At dette er jeg nødt til å ta opp med den det gjelder, og være åpen om hvem som har sagt det. Og da må kanskje ansatte tenke seg om da. Hva det vi vil innebære å klage, og hva er det vi faktisk bare må finne oss i. (BHT liten kommune)*



Enkelte kommuner har også laget en struktur for samarbeidet der Bedriftshelsetjenesten inngår som en del av virksomhetens lokale IA og HMS utvalg, og BHT og kommunens HMS kontakt er ofte sammen i arbeidet om å gi lederstøtte. Vi har spurt ledere om de opplever BHT som en viktig samtalepart.

**Tabell 5.6 Er BHT en viktig samtalepart for deg /veileder for deg i ditt arbeid med å oppfylle forpliktelser og forventninger du møter i rollen din?**

	Antall	Andel
Svært liten grad	13	7
Liten grad	34	17
Middels grad	70	35
Stor grad	54	27
Svært stor grad	27	14
Total	198	100

Det er 41 prosent som svarer at BHT gir veiledning i lederens arbeid med å oppfylle forpliktelser og forventninger i rollen i stor eller svært stor grad. Ser vi på tabellen nedenfor er det litt over halvparten som svarer at de selv tar kontakt med BHT for sin egen del for å få råd og veiledning i personallederrollen.

**Tabell 5.7 Hender det at du oppsøker BHT for å få råd /veiledning for din egen del i ditt eget arbeid i personallederrollen?**

	Ant.	And
Svært liten grad	41	21
Liten grad	48	25
Middels grad	76	39
Stor grad	25	13
Svært stor grad	5	3
Total	195	100

De som opplever at BHT gir gode innspill og har mange bidrag, bruker sannsynligvis tjenesten mer aktivt. Det er lite kunnskap om hvordan BHT fungerer ute i kommunene, men en god del av personallederne ser i alle fall ut til å ha god nytte av tjenestene.

## 5.4 Oppsummering og diskusjon

Systematisk arbeid med kultur- og holdninger kan være en forutsetning for å oppnå bedre måloppnåelse i IA-avtalen. Ledelse er avgjørende i dette arbeidet, og ledere på alle nivå må bidra gjennom å bli bedre kjent med mulighetene i hverandres roller og ansvar.

Det er pleie- omsorg og barnehager som har høyest sykefravær. Felles for disse er at det er kvinnedominerte arbeidsplasser, tett brukerkontakt og tjenesteområder som spiller en viktig samfunnsrolle i folkehelsearbeidet. Ledelse av tjenesteområder med tett brukerkontakt, krever mer oppmerksomhet på kobling mellom IA og HMS, systemer og rutiner for samhandling, som en forutsetning for å etablere gode rammer for faglig utvikling av tjenestene. Mange kommuner i utvalget har svak systemforankring av IA og HMS i en overordnet arbeidsgiverstrategi.

Vår spørreundersøkelse viser at en betydelig andel ansattrepresentanter som mener at lederne ikke får god nok opplæring på system og rutiner, men relativt få personalledere mener det samme. Det gis i større grad opplæring av ledere på system og rutiner i store kommuner enn i små kommuner. Det kan tyde på at det er for lite kunnskap om konsekvens av mangel på gode system og rutiner for samhandling knyttet til faglig utvikling og daglig drift.

### **Delmål 1. Sykefravær**

Det kommer frem at kommunene ikke er rask til å ta tak i en situasjon der en leder ikke fungerer. Her finner vi en signifikant sammenheng i forhold til sykefravær (legemeldt sykefravær). Ledelse er et strategisk satsingsområde i mange kommuner. Jo større kommunen er, jo større sannsynlighet er det for at de har fokus på lederutvikling, men det er knyttet ulike holdninger til hva som er god personalledelse.

De fleste kommuner har et godt arbeidsmiljø. Utrygg ledelse, mangel på system, trakassering, mobbing, konflikter og endringsprosesser nevnes som årsaker til der det er utfordringer med arbeidsmiljøet. En betydelig andel av personalledere, tillitsvalgte og verneombud mener at ledere ikke er gode nok til å håndtere konflikter. BHT er en oppsøkende rådgiver overfor ledelsen i slike saker, og ledelsen tar selv kontakt for å be om råd.

Hva ledere reagerer på ved ulike hendelser i et arbeidsmiljø, er avgjørende for dannelse av holdninger og om etiske gode holdninger understøttes eller forringes. Synes ledere og andre at det som skjer i det mellommenneskelige relasjonelle miljøet er helt greit, legges det merke til at noe skjer, eller oversees at noe galt skjer av krenkende disiplinering i et miljø.

Mangel på åpenhet om slike ulike virkelighetsoppfattelser er ofte gjenstand for og skaper korridorprat. Verneombud sier det er slike forhold som kan være underrapportert i arbeidsmiljøundersøkelser fordi ansatte ikke våger å rapportere.

### **Delmål 2 Økt sysselsetting blant personer med redusert arbeidsevne.**

Dette delmålet er todelt. Delmål 2a handler om oppfølging av egne ansatte som blir sykmeldt, og der ligger kommunen godt an. De gjør veldig mye. Kommunene har strukket seg langt i tilrettelegging, og flere kommuner er bekymret for de konsekvenser det får for brukere av tjenester og de ansattes arbeidstidsordninger som også presses.

For delmål 2b, de som er utenfor men ønsker å komme inn, er det utfordrende, men store muligheter. Mens noen kommuner sier de har mer enn nok med å inkludere egne ansatte, er det enkelte kommuner som har ordninger slik at unge arbeidstakere også skal få hjelp til å komme inn i arbeidslivet (dropouts, psykiske problemer, rus og annen problematikk). Noen kommuner har startet egne assistentprogrammer for at ungdom skal få prøve seg ut og de har et nært og godt samarbeid med NAV. Vi ser et stort potensial på delmål 2b for kommunene, men det er et veldig stort og omfattende tema.

**Delmål 3: Økt gjennomsnittlig avgangsalder.** Det ser ut til å være en bred enighet om at en kultur og holdningsendring er avgjørende for bedre måloppnåelse av delmål 3.

I kommunene, og stort sett i de fleste andre virksomheter, foregår seniorarbeidet uavhengig av IA-avtalen. Dette er en del av personalpolitikken, og ledelsens holdninger og oppmerksomhet fremheves som av stor betydning.

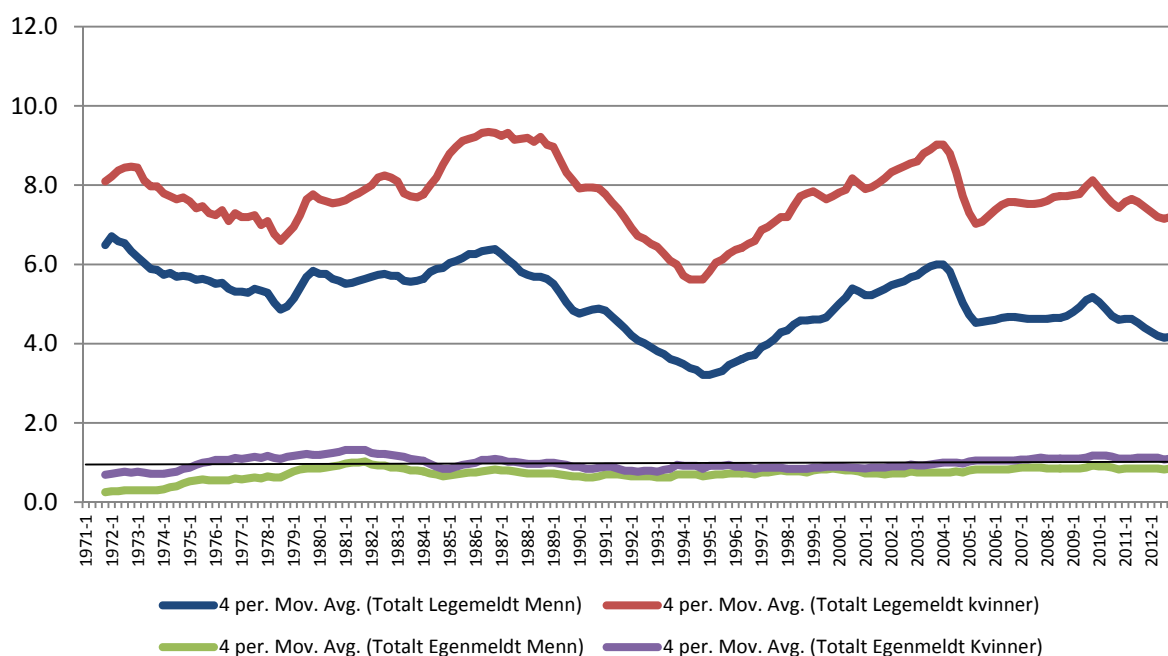
## 6 Finansiering av sykelønnsordningen og incentiver for nærvær

Et tema som med jevne mellomrom kommer opp i sykefraværdebatten, er behovet for innstramminger i sykelønnsordningen. Mange mener at en eller annen form for innstramming vil være fornuftig, selv om den politiske viljen til å gjøre endringer i sykelønnsordningen kanskje ikke er til stede. OECD har flere ganger påpekt at den generøse sykelønnsordningen i Norge gjør at veien ut av arbeidslivet blir for lett.

KS har her bedt om analyser på følgende konkrete problemstilling:

- Hvordan kan ulike modeller for finansiering av sykelønnsordningen for hhv. arbeidsgiver og arbeidstaker bidra til økt nærvær og handlingsrom?

For å løse oppdraget, har vi gjennomført datainnsamlinger i kommunene om ulike temaer rundt sykelønnsordningen. En del av dette kapittelet (kapittel 6.2) inneholder derfor innspill fra kommunene. Tema rundt sykelønnsordningen er inkludert både i intervjuene og i spørreskjemaundersøkelsene til personalledere, hovedverneombud og hovedtillitsvalgte. Figuren under er tatt med for å ha en referanse til utviklingen i sykefraværet.



Figur 6.1 Legemeldt og egenmeldt sykefravær. Sammensatt tidsserie, NHO og SSB, nasjonale tall.

Den norske sykelønnsordningen er i et internasjonalt perspektiv sjenerøs, og er ment å være det. Det tok ca 100 år å etablere den sykelønnsordningen vi i dag har og det er sterke interesser knyttet til

utformingen av den. En mer utførlig gjennomgang av utviklingen i den norske sykkelønnsordningen er gitt andre steder, se for eksempel Riksforsäkringsverket (2003).

Det er vanskelig å sammenlikne ulike lands fraværslivå fordi det er store forskjeller mellom hvordan landene har lagt opp sykkelønnsordningene. Også innenfor de nordiske landene er det variasjoner. Norge og Danmark har ingen karensdag, 100 prosent kompensasjon i maksimalt 52 uker. I Finland er det 9 karensdager, 70 prosent kompensasjon i maksimum 300 dager. Sverige har en karensdag og 80 prosent kompensasjon uten tidsbegrensning.

Et naturlig sted å starte, er å gå gjennom tidligere forskning på sykkelønnsordningene for å etablere en kunnskapsstatus.

## 6.1 Tidligere forskning

### 6.1.1 Sjenerøse ordninger

Basert på *Social Security Programs Throughout the World Survey*, er det konstruert indekser som angir grad av sjenerøsitet i sykkelønnsordningen for forskjellige land (Esping-Andersen 1999; 2006). Sammenholdes verdier på denne indeksen med nivået på sykefraværet i en del land, fremkommer et nokså entydig bilde: De landene som har høyest verdi på denne indeksen, dvs. har de mest sjenerøse sykkelønnsordningene, har også det høyeste fraværslivået (Sverige, Danmark, Nederland, Tyskland, Norge). Men det er også viktige unntak: Sveits og Finland har også høye verdier på indeksen, men svært lavt fravær. Likeledes har Belgia, Frankrike og Italia mindre sjenerøse sykkelønnsordninger, men et fraværslivå på linje med Norge. Det generelle bildet fra denne sammenligningen er altså at det er en sammenheng mellom utformingen av sykkelønnsordningen og nivået på fraværet, men det finnes unntak.

I en artikkel fra Norge diskuteres forholdet mellom helse og fravær i en velferdsstat (Markussen, 2007\_wp). Der diskuteres den U-formede sammenhengen som observeres mellom sjenerøsiteten i velferdsordninger og i sykefraværet. Sammenhengen antas å skyldes at sjenerøse ordninger fører til at folk blir lenger sykmeldt enn de må fordi det er svake insentiver til å komme tilbake til jobb. I et mindre sjenerøst system blir det dyrt å være borte fra jobb, og når kostnadene er tilstrekkelig høye kan arbeidstakerne komme tilbake til jobb for tidlig og det blir korte og hyppige fraværstilfeller, som for eksempel observeres i Storbritannia. Forskeren sier da at et velferdssystem mellom disse to ekstreme punktene, kan føre til at arbeidstakere blir hjemme når de er syke, men går på jobb når de er friske. Dermed lavt fravær. Konklusjonen er at å maksimere helse ikke er det samme som å minimere sykefraværet. Empirisk støttes teorien basert på aggregerte data for 12 OECD land.

### 6.1.2 Effekt av endringer i sykkelønnsordningen

Siden 1970 er det gjennomført en rekke endringer i den norske sykkelønnsordningen. I 1974 ble antall karensdager redusert fra tre til en. Den siste karensdagen ble fjernet i 1978, samtidig som retten til å benytte seg av inntil seks egenmeldinger pr. år ble innført. Endringene i 1974 og 1978 innebar begge at sykkelønnsordningen ble mindre restriktiv. I 1984 ble egenmeldingsordningen mer restriktiv ved at antallet mulige egenmeldinger ble redusert til fire og beregningen av antall egenmeldingsdager ble endret slik at kalenderdager benyttes i stedet for fraværslivå. I 1991, og i flere påfølgende år, ble ytterligere mindre restriksjoner i sykkelønnsordningen innført.

Flere tidlige arbeid har undersøkt om disse endringene førte til endringer i sykefraværet, og resultatene er litt blandet. Basert på individdata fra Arbeidskraftundersøkelsene (AKU), finnes det ikke at endringene i 1974 og 1978 påvirket sykefraværet Kolstad (1999), i motsetning til Dyrstad og Lysø (1998), Dyrstad og Ose (2003) og Dyrstad (1999). Disse studiene viser at liberaliseringen i 1978 gir statistisk signifikant høyere sykefravær og innstramningen i 1984 gir motsatt resultat, slik en skulle forvente. Men det er forskjeller mellom kvinner og menn, og forskjellige langtidseffekter estimeres.

På svenske data er det gjennomført noe nyere analyser av hvilken betydning endringer i sykelønnsordningen har på sykefraværet (Henrekson og Persson 2004). Ved bruk av tidsseriedata (1955-1999) for postvesenet undersøker forskerne hvilken effekt innføringen av en karensdag i 1993 hadde på fraværet. De konkluderer med at innføringen av en karensdag reduserer *forekomsten* av fravær. På den annen side synes innføringen å medføre en økning i gjennomsnittlig fraværslengde. Analysen tyder på at effekten av endringen er avhengig av en rekke faktorer, både knyttet til jobben og til forhold utenfor jobben. Ikke overraskende påvirket ikke karensdagen fraværet blant personer med langvarige og alvorlige sykdomsproblemer. På den annen side ble kvinner med tungt arbeid påvirket, noe som kan være med på å forklare at gjennomsnittlig fraværslengde økte. Med andre ord en indikasjon på at den umiddelbare, kortsiktige effekten kan bli dominert av lengre og alvorligere fravær.

En annen svensk studie benytter paneldata for 1396 svenske arbeidere i 1990 og 1991 (Johansson og Palme 2002). I disse to årene ble det gjennomført endringer i den svenske sykelønnsordningen og skattesystemet som økte kostnadene ved å være borte fra arbeid. Fra desember 1990 til samme måned 1991 økte arbeidsledigheten fra 2,1 prosent til 4,1 prosent. De finner at endringen i kostnaden ved fravær hadde en sterkt reduserende effekt på fraværet, mens økningen i ledigheten ikke synes å ha noen effekt.

I en fersk artikkel ser Pettersson-Lidbom og Thoursie (2013) på konsekvensene for korttidsfraværet av følgende endringer i regelverket; 1) avskaffelsen av en ventedag (karensdag) og 2) en økning i stønadsnivået for sykefravær med varighet på under 14 dager. Studien er basert på longitudinelle registerdata, bestående av et stort antall individer som er representative for den svenske befolkningen. De beskrevne regelendringene skjedde i 1987, og dataene inkluderer start- og sluttdatoer for alle fraværsepisoder i perioden 1986-1991. Forskerne beskriver studien som et naturlig eksperiment, i og med at de opererer med en kontrollgruppe. Kontrollgruppen består av ansatte i statsforvaltningen (central government workers) som ikke ble omfattet av endringene i 1987. På denne måten kan forskerne undersøke om det var regelendringene som lå bak de observerte endringene i fraværsetferd. De finner at det totale antall sykefraværsdager ble redusert med reformen; samtidig finner de at økningen i kompensasjonsnivå forårsaket en kraftig økning i andelen nye sykefraværsepisoder. De fant videre et betydelig skifte i fordelingen av fraværslengder – herunder en økning i antall korte sykefravær og en reduksjon i antall lange sykefravær. Pettersson-Lidbom og Thoursie forklarer dette med at kostnadene ved korttidsfravær for den enkelte ble redusert med den nye modellen. Ifølge forskerne indikerer resultatene mer generelt at eksistensen av en vente-/karensperiode, samt hvorvidt kompensasjonsnivå varierer med fraværslengde, er forhold som har viktige implikasjoner for sosiale forsikringsordninger og hvordan disse bør utformes.

### 6.1.3 Sykenærvær

Begrepet sykenærvær refererer til fenomenet at arbeidstakere, på tross av at de er syk og burde vært hjemme for å bli frisk, møter opp på jobb uansett. Sykefravær går ned på bekostning av sykenærvær (Aronsson og Gustafsson 2005). Det antas at sykenærværet fører til økt risiko for helseproblemer, særlig fordi en da ikke får restituert seg. Basert på data fra et utvalg på over 3000 personer innsamlet gjennom AKU finner svenske forskere at 53 prosent hadde vært syk på jobb mer enn en gang i løpet av det siste året (Aronsson og Gustafsson 2005). I tillegg til helse, var det andre faktorer som hadde betydning for sykenærvær. Problemer med å skaffe vikarer, tidspress, utilstrekkelige ressurser og svak personlig økonomi var i varierende grad relatert til sykenærvær. I en tilsvarende undersøkelse fra 1997 fant de at en tredjedel rapporterte at de hadde vært på jobb to eller flere ganger i løpet av det siste året selv om de var syke (Aronsson, Gustafsson og Dallner 2000). Her finner de at det var høyest sykenærvær blant omsorgsarbeidere og lærere. De finner også her at det er høyere sykenærvær der det er vanskelig å skaffe vikarer. Yrkesgrupper med høyt sykenærvær har også høyt sykefravær. Den mest vanlige kombinasjonen er lav månedlig inntekt, høyt sykefravær og høyt sykenærvær.

Resultat fra Whitehall II undersøkelsen<sup>41</sup> indikerer at det er høyere dødelighet blant ansatte som ikke har fravær enn blant de med noe fravær (Kivimaki, Head, Ferrie et al., 2003). Sammenhengen er svak, men i en senere undersøkelse ser de på sammenhengen mellom sykenærvær og tilfeller av alvorlig hjertesvikt. De ser på et utvalg av over 5000 menn som ikke tidligere hadde hatt hjerteinfarkt. Som baseline målte de helsetilstand og risikofaktorer for hjertesvikt. Fraværshistorikk for de tre siste årene før baseline ble samlet inn. De ønsket da å studere hvem som kom til å få hjerteproblemer i løpet av de tre neste årene. De fant at 17 prosent av de som både hadde helseproblemer ved baselinemålingen (både selvurdert og gjennom objektive kriterier), ikke hadde fravær i de tre oppfølgingsårene. Tilfellene av hjerteproblemer i denne gruppen var dobbelt så høy som de med samme helsestatus som hadde noe (moderat) sykefravær. De konkluderer med at både arbeidsgivere og arbeidstakere skal være oppmerksomme på den potensielt skadelige effekten av sykenærvær.

Sammenhengen mellom sykelønn, sykenærvær og produktivitet er også diskutert ut fra et teoretisk bedriftsøkonomisk perspektiv (Chatterji and Tilley 2002). Her vises det at dersom en tar med produktivitetstapet fra sykenærvær vil det påvirke optimal sykelønn. Her er det snakk om sykelønnsavtaler mellom arbeidsgiver og arbeidstaker slik at det ikke er direkte relevant for Norge. Poenget som vi kan overføre er at det kan være kostbart også for arbeidsgiverne at de ansatte møter på jobb dersom de er syke pga produktivitetstap.

En reaksjon på høyere sykefravær kan være å gjøre sykefraværet dyrere for arbeidstakerne og/eller for arbeidsgiverne. Problemet med presenteeism eller sykenærvær kan oppstå. Det poengteres at ethvert forsøk på å redusere det potensielle produksjonstapet pga sykefravær må også dekke det potensielle produktivitetstapet fra sykenærværet (Chatterji and Tilley 2002).

---

<sup>41</sup> "The Whitehall II Study" er sentral i sykefraværsforskningen og det er mange publiserte resultat fra denne undersøkelsen. Den første Whitehall undersøkelsen startet i 1967 og fokuserte på helse (hjerte-karsykdom og luftveissykdommer) og sosioøkonomiske forhold blant britiske offentlig ansatte menn mellom 20 og 64 år. The Whitehall II Study ser blant annet på psykososialt arbeidsmiljø og sykefravær for over 10 000 offentlig ansatte mellom 35-55 år.

#### 6.1.4 Forsøk med utvidet egenmelding

I Kristiansand kommune har de hatt et forsøk med bruk av utvidet egenmelding fra 2002. Forsøket varte i tre år. De ansatte fikk mulighet til selv å dokumentere sykefravær på inntil 50 dager fordelt på 1-10 perioder som et kontrollert intervensjonsforsøk (Fleten et al., 2009). Dialog med arbeidsplassen var forutsatt for både egenmeldt og legemeldt fravær når fraværet hadde vart i fem dager. Forsøket viste at egenmelding i stor grad erstattet legemelding for fravær med inntil en ukes varighet. Gjennomsnittslengden av sykefraværet i arbeidsgiverperioden på 16 dager ble forkortet med 0,8 dager. Kurven for tilbakevending til arbeid tilsvarte forventet tilfriskningskurve uten de karakteristiske toppene ved fem, syv og 14 dager som en ser ved legemeldt fravær. Både antall korte sykefravær og andel av ansatte med korttidsfravær økte, men til tross for en forventet registreringseffekt økte ikke sykefraværet som prosent av mulige arbeidsdager i arbeidsgiverperioden. Forskerne konkluderer med at utvidet egenmeldingsrettigheter med strukturert oppfølging fra arbeidsplassen resulterte i et endret mønster for korttidsfravær som kan indikere at dagens ordninger for egenmeldt fravær ikke er tilpasset arbeidstakernes behov.

Vi finner ikke publisert forskningsmateriale fra de andre prosjektene som har vært gjennomført som blant annet har handlet om utvidet egenmelding, men det kan godt hende det er publisert forskning også fra disse prosjektene.

#### 6.1.5 Misbruk av sykelønnsordningen, arbeidsmoral og holdninger

Særlig den samfunnsøkonomiske tradisjonen har fokusert på potensialet for misbruk av sykelønnsordningen og det som kalles *moral hazard* eller moralsk risiko, både blant arbeidsgivere og arbeidstakere. I denne sammenhengen viser begrepet moral hazard til potensialet for at ansatte er sykmeldt uten å være syk. Dersom en arbeidstaker står overfor valget mellom arbeid og fritid vil verdien på ekstra fritid veies opp mot det tilsvarende tapet i arbeidsinntekt. Siden norske arbeidstakere mottar full økonomisk kompensasjon i form av sykepenger fra første dags sykmelding har de ikke økonomiske insentiver for å gå på jobb. Dersom fritid oppleves om mer attraktivt enn jobb, er det dermed i stor grad sosiale normer og potensialet for negative sanksjoner som forhindrer misbruk av sykelønnsordningen. Moral hazard oppstår når en aktør ikke selv bærer kostnaden, og de i tillegg har mer informasjon enn kostnadsbæreren. Ved egenmeldinger er det arbeidstakeren som vurderer sin egen helsetilstand og gjerne ringer til arbeidsgiver og gir beskjed om at hun eller han er syk. Ut fra denne logikken vil det være lett å misbruke sykelønnsordningen, og da spesielt egenmeldingen. En mer generøs sykelønnsordning gir altså høyere sykefravær, og sykelønnsordningen må balansere hensynet til å sikre gode velferdsordninger til de som har behov for det opp mot hensynet til å gi sterke nok økonomiske incentiver til å jobbe (Johansson og Palme 2005). På arbeidsgiversiden vil arbeidsgiver kunne ha økonomiske insentiver til å la langtidssykmeldte fortsette å være sykmeldt. Siden det er NAV som bærer kostnadene ved fravær utover 16 dager er det mer lønnsomt for arbeidsgiver med én sammenhengende lang sykmeldingsperiode fremfor flere sykmeldinger avbrutt av korte perioder med arbeid (Fevang et al., 2011). I perioder med økonomisk nedgangstid eller lavere arbeidspress i virksomheten kan det også være lønnsomt å la NAV bære kostnaden ved "midlertidig overflødig arbeidskraft" (Markussen et al., 2012). Moral hazard er dermed et potensielt problem både for ansatte og arbeidsgivere. Det meste av forskningen vi har funnet handler imidlertid om moral hazard blant arbeidstakerne.

En upublisert studie av sykefraværet blant grunnskolelærere ser på effekten av individuelle kjennetegn, kjennetegn ved arbeidsplassen (skolene) og kommunene, og finner at det meste av

variansen ligger på individnivå (Bratberg et al., 2010). Det vil si at fraværet varierer mest med individspesifikke, ikke identifiserte kjennetegn. Studien er basert på registerdata, og kontrollerer ikke for faktisk helsetilstand eller de ansattes rapporterte holdning til bruk av sykmelding. Trekk ved skolene og kommunene har også betydning, men en større andel av den uforklarte variansen ligger altså i forskjeller mellom de enkelte lærerne. Studien finner også en forskjell på legemeldt og egenmeldt sykefravær. Yngre lærere og lærere med mindre erfaring har høyere egenmeldt fravær, mens rektor, andre ledere og lærere med høyere utdanning har lavere egenmeldt fravær. Det legemeldte fraværet øker derimot med alder. Forfatterne tolker dette som at lærere med tettere bånd til arbeidsplassen og mer utdanning opptrer mer ansvarlig og dermed i større grad motstår moralsk hazard.

Bjørn et al. (2012) ser på økningen i sykefraværet i Norge i perioden 1993 til 2005 og undersøker om en kohort-effekt, altså det at nye generasjoner trer inn i arbeidslivet, kan ha forårsaket noe av økningen. Det underliggende argumentet er at endrede normer og verdier kan gi høyere sykefravær, noe som burde vise seg når nye generasjoner begynner å jobbe. Det alternative argumentet er at et mer inkluderende arbeidsliv har gitt flere sårbare ansatte med dårligere helse, som tidligere har stått utenfor arbeidsstyrken. I et slikt perspektiv blir et økende sykefravær positivt og et tegn på at man har lyktes med å inkludere en større andel av befolkningen i arbeidslivet. Studien baserer seg på registerdata av alt sykefravær over to uker (1993-2005). Et hovedfunn er at alt annet likt, har yngre kohorter lavere sykefravær enn eldre. De finner altså ingen tegn på at arbeidsmoralen har gått ned over tid. De finner heller ingen støtte til antakelsen om at arbeidsstyrken består av flere individer med dårligere helse nå enn før; tvert imot har andelen uføretrygdede gått opp.

Også Markussen og Røgeberg (2012) ser på økningen i sykefraværet i perioden 1993 til 2005, men med fokus på sykefraværet knyttet til større livshendelser som separasjon, graviditet og ektefelles død. Basert på registerdata beregner de det ekstra sykefraværet knyttet til disse livshendelsene sammenlignet med en kontrollgruppe med tilsvarende kjønn, alder, utdanning og inntekt i 1993 og 2005. På begge tidspunktene hadde personer som gikk gjennom en større livshendelse større sykefravær enn kontrollgruppa, men forskjellen mellom gruppene var større i 2005 enn i 1993. Mens gravide hadde 15,4 prosentpoeng høyere fravær enn kontrollgruppa i 1993, hadde forskjellen økt til 24,8 prosentpoeng i 2005. Tilsvarende hadde nyseparerte 2,5 prosentpoeng mer fravær enn kontrollgruppa i 1993, men 4,4 prosentpoeng høyere fravær i 2005. Lignende økning gjaldt i perioden før separasjon, og i perioden rett før og rett etter ektefelles død. Alle forskjellene var statistisk signifikante. Forfatterne argumenterer for at disse endringene skyldes en holdningsendring hos pasienter og/eller leger snarere enn endringer i medisinske faktorer. De mener også at det er lite trolig at det er endringer i sammensetninger av arbeidsstyrken som gir disse resultatene, siden den samme endringen også vil gjelde for kontrollgruppene.

I motsetning til disse studiene basert på registerdata bruker Halvorsen (2011) surveydata for å se på egenrapportert arbeidsinvolvering. Han finner at andelen som oppgir at de skulle likt å ha en jobb, selv om de ikke trengte pengene, holder seg jevnt høy i en periode der sykefraværet går opp. Studien er basert på den norske modulen av International Social Survey Program (1989, 1997 og 2005), og sammenligner holdningene til arbeid blant grupper med ulik status på arbeidsmarkedet (yrkesaktive, studenter, pensjonister, uføre, hjemmeværende og arbeidsledige).



En annen studie fra Norge har sett på andre økonomiske insentiv, nemlig økt inntektsskatt (Dale-Olsen, 2009\_wp). Forskeren finner at økt marginalsatt reduserer avkastningen av å jobbe slik at fraværet øker, jf effektivitetslønns-teori. Omfattende registerdata benyttes og hypotesen bekreftes.

Studier som tar utgangspunkt i hva arbeidstakere selv rapporterer om arbeidsmoral og holdninger til sykefravær (i stedet for registerdata) viser også at legitimitet er et viktig spørsmål for de sykmeldte, og en del sykmeldte føler seg mistenkeliggjort. Her finnes det få studier fra Norge, men flere fra Sverige. Et unntak er Haugli et al. (2011). Hensikten med studien er å se på faktorer som fremmer friskmelding blant pasienter på rehabilitering, men forfatterne beskriver også betydningen av sosial støtte og det å bli hørt og tatt på alvor av omgivelsene.

I en svensk studie ser Flinkfeldt (2011) på internettdiskusjoner om sykefravær og knytter dette opp til spørsmålet om legitimitet. Funnene her viser at de sykmeldtes fremstilling av hverdagen som sykmeldt balanserer mellom å være syk nok til å være hjemme fra arbeid, men frisk nok til å gjøre andre ting. Hun peker på at deltakerne i nettforumet indirekte beskriver den ekstra fritiden som en byrde, og noe som må fylles. Utsagn som "prøver å gå tur når jeg er sterk nok" viser til at helsetilstanden er dårlig, selv om den sykmeldte klarer å gjøre en del ting. Flere av utsagnene er også passivt formulert, og viser til at personene opplever at de ikke selv har kontroll over hverdagen, den er styrt av sykdommen. Aktiviteter som kan tolkes som noe positivt (håndarbeid, shopping, gå tur) blir fremstilt som terapeutisk eller noe man blir sliten av. De langtidssykmeldte passer dermed på å vise at de ikke nyter det å være sykmeldt, og fremhever at de heller skulle ha vært på jobb.

I en eldre studie fra Sverige ser Svensson et al. (2003) på skamfølelse hos sykmeldte i møte med behandlingsapparatet. Over en periode på 12 år fulgte prosjektet personer som i løpet av perioden hadde en sykmelding på minst 28 dager på grunn av problemer med rygg, nakke eller skuldre. I løpet av perioden ble 22 prosent av respondentene uføretrygdet. Av disse deltok i alt 18 personer i fokusgruppeintervjuer. Informantene oppga to typer atferd som skyldfremkallende: når de ble møtt med distanse, likegyldighet og ikke tatt alvorlig, og når de følte at de ble diskvalifisert, mistrodd og sett på som inkompetent. En annen svensk studie basert på intervjuer med kvinner med kroniske smerter finner også at informantene opplever å bli mistrodd (Werner et al. 2004). Mange fremstiller seg selv som sterke og forteller at de i størst mulig grad unngår å klage. Bak denne fremstillingen ligger en frykt for å bli oppfattet som nevrotisk og sytende. Problemet forsterkes av mangelen på en klar diagnose.

Disse studiene basert på individers opplevelse av sykdom viser at mistenkeliggjøring fra omgivelsene kan utgjøre en merbelastning for de sykmeldte, og nyanserer bildet som studiene av moral hazard, smitteeffekter og fraværskultur tegner opp av arbeidstakeres arbeidsmoral og holdning til det å være sykmeldt.

### **6.1.6 Smitteeffekter ved sykefravær**

En beslektet litteratur ser på såkalte smitteeffekter i bruk av sykelønnsordningen. Tema her er hvordan ulike fraværskulturer gir ulik grad av aksept for fravær. Som Dahl et al. (2007) viser, finnes det til dels store forskjeller mellom de nordiske landene i hva som oppfattes som gyldig grunn til sykefravær. Tilsvarende er det også lokale geografiske forskjeller i Norge, der de nordligste og østligste fylkene har mye høyere sykefravær enn f.eks. Rogaland og Sogn og Fjordane. Ulik befolkningssammensetning og næringsstruktur kan være med og forklare noe av dette, men det

finnes også store lokale forskjeller som er vanskelig å forklare uten å vise til lokal fraværskultur (Otterbeck 2011).

Dale-Olsen et al. (2011) ser på antall sykmeldinger og varigheten på sykmeldinger blant norske ansatte og finner klare såkalte smitteeffekter. Studien er basert på registerdata fra SSB om sykefravær i Norge i perioden 2001-2007. Dataene inneholder individuelle kjennetegn og kjennetegn ved arbeidsplassen, som antall ansatte, gjennomsnittsalder, utdanning og inntekt blant de ansatte. Studien kontrollerer også for lokal arbeidsledighet. Etter å ha kontrollert for kjennetegn ved arbeidsplassen, de ansatte og den sykmeldte, finner forfatterne at en ekstra sykmelding blant kolleger i gjennomsnitt gir en 10 prosent økning i en arbeidstakers eget sykefravær. Tilsvarende øker antallet fraværsdager i snitt med 30 prosent for hver ekstra fraværsdag blant de andre ansatte på arbeidsplassen. Rieck et al. (2012) ser på fravær blant norske lærere i perioden 2001-2006. De finner at læreres egenmeldte sykefravær samvarierer med det gjennomsnittlige fraværet på skolen der de jobber, og effekten blir sterkere jo lengre læreren har jobbet ved skolen. Effekten er også sterkere for grunnskolelærere enn for lærere som jobber ved videregående skole. For legemeldt fravær finner de ingen smitteeffekt.

Normer for sykefravær smitter ikke bare gjennom nettverk og arbeidsplass, men ser også ut til å følge familie. Andersson et al. (2011) undersøker i hvilken grad sykefravær smitter innad i familien, definert som foreldre, søsken, partner og partners søsken og foreldre. Resultatene viste at familiemedlemmers tidligere fravær kan være med og predikere sannsynligheten for å bli sykmeldt. Både fraværsatferd i egen og partners familie påvirket den enkelte arbeidstakerens sykefravær, selv om effekten var sterkere for egen familie. Dette tyder på at det ikke bare er arvelige faktorer som overføres i familien, men også normer og holdninger i følge forfatterne. En alternativ tolkning kan være at folk gjerne velger en partner med atferd og livsstil som er lik den man selv har. Også Otterbeck (2011) ser på hvordan sykefravær kan smitte mellom ektefeller. Forskningsdesignet her utnytter at antall sykmeldinger går opp når arbeidsplassen rammes av en krise, og ser derfor på sykefraværet til ektefellene til ansatte i bedrifter som ble rammet av konkurs. Kontrollgruppa her er fraværet til ektefellene til ansatte som ikke jobber i en konkursrammet bedrift. Studien finner at sykefraværet øker blant de ansatte i den kriserammede bedriften, men det øker også signifikant for ektefellene. Smitteeffekten ble her beregnet til å være 20-40 prosent avhengig av modellen. Det vil si at for hver ekstra dag med sykefravær hos den konkursrammede øker ektefellens sykefravær med 0,2-0,4 dager.

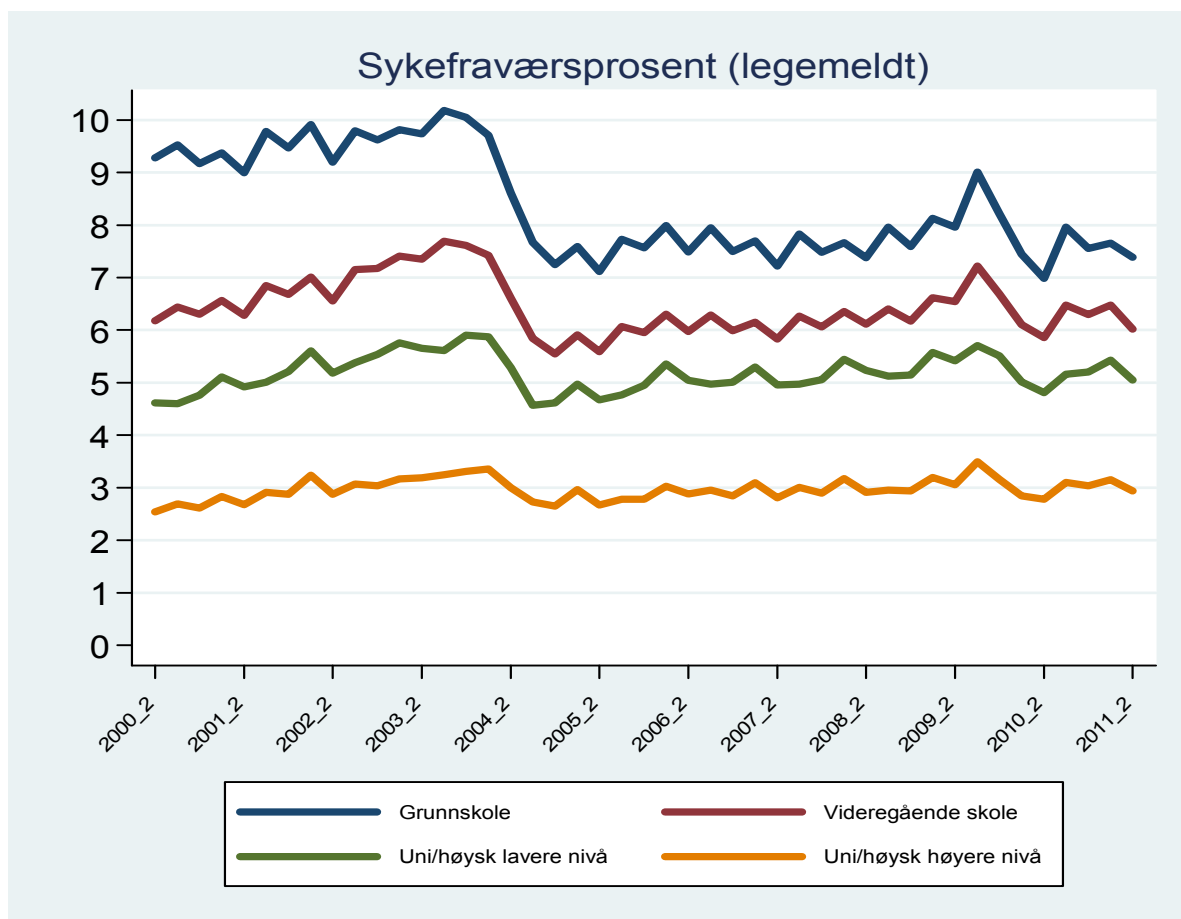
Foreløpig er det altså ikke entydig i hvilken grad moral hazard er et problem i den norske sykelønnsordningen, selv om det ser ut til at fraværskultur og smitteeffekter kan spille inn.

### **6.1.7 Arbeidsgiverbetaling ved sykefravær**

Spørsmålet videre er om det er slik at større ansvar for sykefraværet til arbeidsgiverne gir lavere fravær. Det finnes ingen forskning som tar opp dette temaet på en slik måte at det er relevant for norske forhold. Arbeidsgiverperioden var i Norge 14 dager frem til 1998 og har siden vært 16 dager. Denne endringen har ikke ført til noen synlig endring i sykefraværet, se figur 6.1.

Nå i 2013 vet vi noe mer om økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær. Vi vet at de strenge reglene rundt oppfølging av sykmeldte kan ha samme effekt som en innstramming i sykelønnsordningen på arbeidsgiversiden (ved at arbeidsgiver betaler mer av fraværet). Dette gjør at arbeidsgiverne i mindre

grad vil ansette folk de forventer har sykefravær (Ose et al. 2013a). Det er mulig en innstramning på arbeidsgiversiden kan føre til bedre og mer målrettet forebyggingsarbeid, men vi er helt sikre på at det også vil gi incentiver til at arbeidsgiverne blir mindre inkluderende. Sykefraværet kan godt gå ned som følge av en slik innstramning, men vi tror også det vil gi et mindre inkluderende arbeidsliv. Hva man ønsker, er i stor grad et politisk spørsmål. Dette fordi det er betydelige forskjeller i sykefraværet mellom ulike sosiale klasser og utdanningsgrupper, se figuren under.



Figur 6.2 Legemeldt sykefravær for alle arbeidstakere i Norge fordelt på utdanningsnivå. 2000-2011. Kilde: SSB, se Ose et al., 2012.

Det er altså de med høyt sykefravær (lav sosioøkonomisk status) som med en slik løsning står i fare for å ikke få plass i arbeidslivet. Lavere inkludering vil gi høyere samfunnsøkonomiske kostnader enn hva reduksjonen i sykefraværet vil kunne utgjøre.

## 6.2 Fra kommunene

Vi ser her på hva respondentene fra kommunene mener om de ulike elementene i sykelønsordningen.

### 6.2.1 Innstramminger på arbeidsgiversiden

Forslag om innstramminger på arbeidsgiversiden går på å øke arbeidsgiverens kostnader ved sykefravær. Argumentet er at arbeidsgiverne da vil bli flinkere til å forebygge sykefravær for å hindre høye kostnader. Dette er et godt argument, men funn i våre prosjekt viser at dette i mange tilfeller

gjør arbeidsgiverne mindre inkluderende fordi de da vegrer seg for å ansette og beholde ansatte de forventer vil ha mye sykefravær.

Når vi spør respondentene fra kommunene om de mener arbeidsgiverne bør betale mer av sykelønnen, svarer de fleste at dette ikke er en god ide.

Etter gjennomgang av svarene fra intervju og åpne spørsmål i spørreskjema, kan vi oppsummere med følgende argumenter mot innstramminger på arbeidsgiversiden for kommunene:

Argumentene for økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær i kommunene:	Argumentene økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær i kommunene:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lederne i enhetene vil gjøre mer for å redusere sykefraværet enn det de gjør i dag (forebygging og tilrettelegging)</li> <li>• Politisk ledelse vil få mer fokus på sykefravær som tema, og kanskje i større grad tenke på risikoen for ansattes helse når vedtak fattes (ressursinnsats versus innhold og kvalitet i tjenestene)</li> <li>• Blir tøffere og tydeligere mot ansatte som har sykefravær slik at det oppnås en viss disiplinering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunene gjør allerede så mye tilrettelegging og forebygging at potensialet for å redusere sykefraværet ikke ligger på arbeidsgiversiden</li> <li>• Lederne blir enda mer restriktive i forhold til hvem de ansetter og hvem de velger å beholde fordi de med dårlig helse gir økonomisk risiko</li> <li>• Dette betyr at enheter med allerede dårlig økonomi, får det enda verre og får enda lavere fleksibilitet i forhold til tilrettelegging og inkludering</li> <li>• Det er få dokumenterte effekter av forebyggingstiltak på arbeidsplassen, så det er ikke opplagt at slike tiltak vil ha effekt på sykefraværet og dermed kan insentivene potensielt gi lav effekt</li> <li>• En innstramming på arbeidsgiversiden, bygger på antakelse om at det er forhold på arbeidsplassen som skaper sykefravær. Ledere i kommunene mener at lite av sykefraværet skyldes forhold på arbeidsplassen, men heller forhold på hjemmebane. Da har arbeidsgiverne få virkemidler.</li> </ul>

Det mange ledere er inne på, er at sykefraværet kan gå ned dersom man ansetter riktige folk. Dette handler om å være i stand til å se hvem som kommer til å kunne stå lenge i jobben fordi de har god helse og de riktige personlige egenskapene. Arbeidsgivere har alltid vært opptatt av sykefraværshistorikken når de ansetter folk, også kommunale arbeidsgivere. Med sterkt fokus på sykefravær, har denne delen av vurderingen sannsynligvis fått sterkere vekt. Konsekvensen er at færre får plass i arbeidslivet og dette bekreftes i stor grad i intervjuer med personalledere, enhetsledere og delvis fra ansattrepresentantene.

Om vi ser på hva de tillitsvalgte mener om økt arbeidsgiverbetaling, er meningene mer delte.

*Og få enda dårligere økonomi - nei. Det kan godt hende at det finnes et godt argument for det men det har jeg ikke altså. (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune).*

*Egentlig så tror jeg at dette er det beste [dagens sykelønnsordning]. De gjør det de klarer. De gjør det de klarer med de midlene de har. De strekker seg langt synes jeg da. Heller pisk enn en gulrot. (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune)*

*Du kan jo ikke ansette noen som du mener, tenker er i gammel alder og i hvert fall ikke når du er gravid. Og helst ikke kvinnfolk i det hele tatt for at de er mer syke. Sånn skal det ikke være. (Hovedtillitsvalgt, mellomstor kommune).*

Vi har også kartlagt hva respondentene (personalleder, hovedverneombud og hovedtillitsvalgte), fra kommunene svarer på dette spørsmålet om økt arbeidsgiverbetaling vil medføre lavere sykefravær, se tabell 6.1.

Vi har også undersøkt hva legene mener om innstramminger på arbeidsgiversiden. Gjennom en kartlegging vi gjorde i forbindelse med evalueringen av IA-avtalen og evalueringen av reglene for oppfølging av sykmeldte, gjennomførte vi en kartlegging der alle legene fikk tilbud om å fylle ut et skjema. Nesten hver tredje fastlege har svart på undersøkelsen. Der ba vi dem ta stilling til følgende påstand: "Jeg tror at sykefraværet hadde gått ned dersom arbeidsgiver måtte betale mer av sykepengene", altså samme formulering som er brukt til kommunene.

**Tabell 6.1 Jeg tror at sykefraværet hadde gått ned dersom arbeidsgiver måtte betale mer av sykepengene**

	Uenig	Verken/ eller	Enig	Total	N
Personalleder	71	13	16	100	197
Hovedverneombud	57	28	15	100	149
Tillitsvalgte	61	26	12	100	609
Fastleger	52	21	27	100	1449

Det er stor bredde i fastlegenes svar, men en del mener at mange arbeidsgivere gjør alt for lite i forhold til tilrettelegging for pasienter som får helseproblemer. Andre leger mener at arbeidsgivere allerede har stort ansvar, og at det er begrensninger på hva som er mulig å få til på arbeidsplassen. Et knapt flertall av legene mener ikke at sykefraværet hadde gått ned om arbeidsgiver måtte betale mer, men det er også mange som ikke har noen spesiell formening om dette eller at de ikke tror sykefraværet vil endres.

Vi har også stilt de samme respondentene følgende spørsmål: Jeg tror det sterke fokuset på sykefravær fører til at det blir vanskeligere for folk med helseproblemer å bli eller komme inn i arbeidslivet.

**Tabell 6.2 Jeg tror det sterke fokuset på sykefravær fører til at det blir vanskeligere for folk med helseproblemer å bli eller komme inn i arbeidslivet.**

	Uenig	Verken/ eller	Enig	Total	N
Personalleder	29	14	56	99	196
Hovedverneombud	28	21	51	100	151
Tillitsvalgte	22	26	52	100	266
Fastleger	25	25	50	100	1447

Det handler altså om hva man vil oppnå. Sykefraværet går mest sannsynlig ned dersom arbeidsgiver skal betale en større del av langtidsfraværet, men dette vil gå på bekostning av inkluderingsviljen.

## 6.2.2 Innstramminger på arbeidstakersiden

Det er svært mange av våre respondenter fra kommunene som derimot mener innstramminger på arbeidstakersiden vil være virksomt for å redusere sykefraværet.

Argumentene for økt arbeidstakerbetaling ved sykefravær i kommunene:	Argumentene mot økt arbeidstakerbetaling ved sykefravær i kommunene:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det mangler incentiver til å gå på jobb fordi man får full sykelønn fra første fraværsdag</li> <li>• Terskel for korttidsfravær kan øke og korttidsfraværet går ned med økt arbeidsgiverbetaling</li> <li>• Med dette signaliseres det at det ikke er greit å ta en dag hjemme for å "ta seg inn", man må sørge for å restituere seg i fritiden</li> <li>• Ansatte som selv ikke har unødvendig korttidsfravær (det store flertallet), vil tjene på at det blir strengere for de som har unødvendig fravær</li> <li>• For de med alvorlige og langvarige sykdommer, vil ikke karenstider ha særlige negative konsekvenser. For dem er det viktigere å bevare en god sykelønnsordning</li> <li>• De som har unntak fra arbeidsgiverperioden pga kroniske lidelser, bør skjermes fordi de ofte har mye korttidsfravær.</li> <li>• En vil flytte terskelen for at hjemmesituasjonen skal få konsekvenser på jobben og i større grad lete etter andre alternativer enn fravær fra jobben</li> <li>• For unge arbeidstakere, vil redusert arbeidstakerbetaling virke disiplinerende</li> <li>• Med litt innstramming på korttidsfraværet kan en god ordning for langtidssyke bevares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det vil være de med dårligst inntekt som rammes hardest</li> <li>• Noen vil gå på jobb selv om de er syke og kan smitte andre ansatte og brukere</li> <li>• Lengden på korttidsfraværet øker fordi man kan være bort hele egenmeldingsperioden dersom man først har betalt for en første dags fravær</li> </ul>

Som vist i tabellen under, svarer hele 80 prosent av personallederne at innstramminger i sykelønnsordningen vil føre til lavere sykefravær. 50 prosent av legene svarer det samme, mens en lavere, men betydelig andel av ansattrepresentantene, også mener en slik innstramming ville redusert sykefraværet.

**Tabell 6.3 Jeg tror redusert lønnskompensasjon (for eksempel innføring av en ventedag for sykepenger) ville redusert sykefraværet mye**

	Uenig	Verken/ eller	Enig	Total	N
Personalleder	13	7	80	100	193
Hovedverneombud	47	21	32	100	148
Tillitsvalgte	40	21	38	100	267
Fastleger	25	25	50	100	1447

Selv om de tillitsvalgte og verneombudene er vant med å forsvare de ansattes rettigheter, er det mange som ser at for å bevare gode ordninger, er det kanskje nødvendig med en innstramning i starten av fraværet.

I Sverige vet vi at sykefraværet har gått ned. Dette skyldes i tillegg til karensdager at færre arbeidstakere har rett på sykepenger enn tidligere. Etter det vi forstår skyldes ikke motstanden mot ordningen karensdager, men nettopp at mange har mistet rettighetene til sykepenger. Vi har ikke gått i detalj inn på den svenske ordningen fordi dette ikke har vært omfattet av prosjektet.

### 6.2.3 Bruk av egenmelding versus sykmelding

Arbeidstakers rett til å benytte seg av egenmelding er regulert i Lov om folketrygd av 28.02.97 paragrafene 8-23 til 8-27. Loven er en minimumslov, d.v.s. at arbeidsgiver ikke kan gi arbeidstakeren dårligere rettigheter enn det loven foreskriver. Derimot kan arbeidstakerne gis bedre rettigheter, slik som ansatte i IA-virksomheter har fått.

Med virkning fra 1. juli 2004 er det innført endring i egenmeldingsordningen. Bestemmelsen om at egenmelding for fravær dokumentert med sykmelding fra lege fra fjerde fraværsdag ikke regnes med ved telling av antall egenmeldinger, er bortfalt. Dette innebærer at hvis arbeidstaker går til lege etter en eller flere egenmeldingsdager, vil disse dagene regnes som brukte egenmeldingsdager.

Hovedregelen er at egenmelding kan benyttes for opptil tre kalenderdager om gangen regnet fra første hele fraværsdag, maks fire ganger i løpet av en 12-måneders periode (maks 12 dager). Folketrygdloven bruker begrepet kalenderdager som innebærer at også arbeidsfrie dager skal regnes med.

IA-virksomhetene har egenmeldingsperiode 8 kalenderdager (24 kalenderdager i løpet av en 12-måneders periode uten begrensning på antall ganger).

En av begrunnelse for at IA-virksomhetene skulle øke egenmeldingsperioden, var at legene typisk sykmeldte 14 dager om gangen og dermed ofte lenger enn nødvendig.

Erfaringene fra mange arbeidsplasser, inkludert kommunene, er at egenmeldingsmuligheten i liten grad brukes til fordel for sykmeldinger. Folk går typisk til legen for å få sykmelding fortsatt. Fra intervjuene med respondenter fra kommunene, kommer dette tydelig frem.

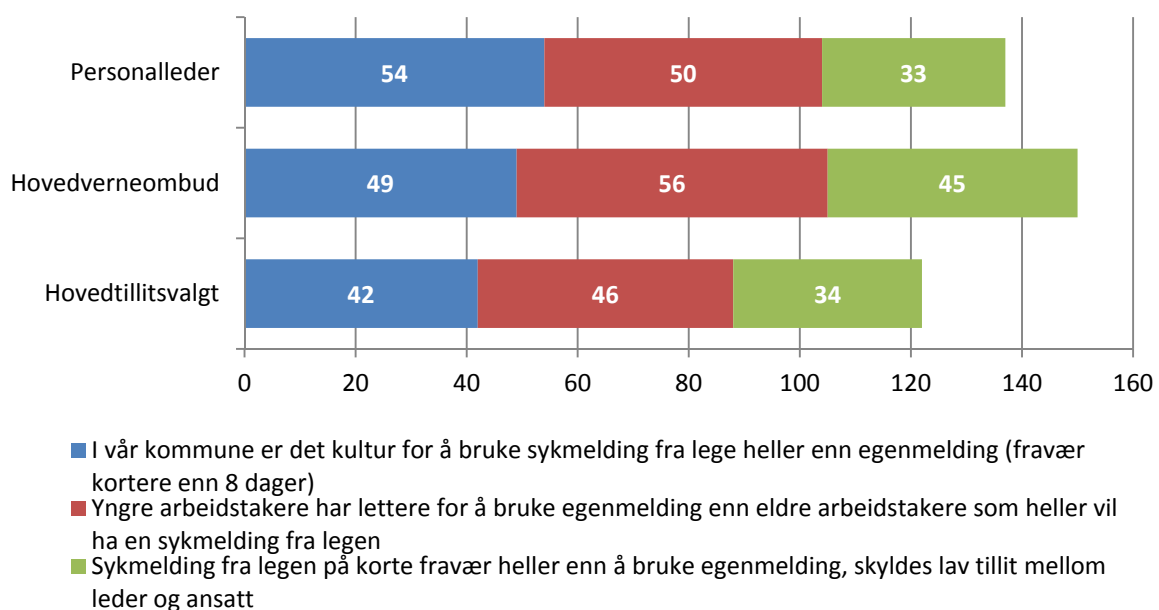
*.. det blir vel noe mer seriøst over det hvis de er hos legen for å få deg tre dagers sykemelding da, istedenfor å bruke egenmeldingen. Da legitimeres det på en annen måte (enhetsleder, stor kommune).*

*Det handler om at terskelen for å være hjemme, hvor du selv bestemmer. Det er bedre å forklare at legen sier at du ikke burde gå på jobb fordi du er syk. I stedet for å stå på sitt og si at man er syk og bruke egenmelding, og så føler du at du kanskje burde dratt på jobb. Hva synes de andre om at jeg ikke går på jobb? Jeg tror det er litt det å kvie seg for å bruke de egenmeldingene, fordi andre kan reagere på det. I hvert fall de tilbakemeldingene jeg har fått da (Verneombud i liten kommune).*

Om vi oppsummerer det som kommer frem i de mange intervjuene kan vi identifisere følgende faktorer som gjør at bruken av egenmeldinger ikke har økt som forventet med IA-avtalen:

- Ansatte har behov for å legitimere fraværet med en sykmelding heller enn en egenmelding for da er det ikke de selv som har "bestemt fraværet"
- Det oppleves som lettere å få aksept for sykmeldingen heller enn egenmeldingen
- Om man er så syk at man trenger å være borte 8 dager fra jobb, går man til legen for å få en helsevurdering uansett
- Om det forventes at sykmeldingen varer utover egenmeldingsperioden, går man tidlig til legen for å få en sykmelding
- Noen "sparer" på egenmeldingene for å ha de i reserve og får heller en sykmelding om de for eksempel får influensasymptomer
- Legene gir sykmelding selv om ikke egenmeldingsperioden er brukt opp

Vi har også forsøkt å kartlegge praktiseringen av egenmeldingsordningen.



Figur 6.3 Andel enige i påstanden.

Det er altså nesten halvparten av personallederne og hovedverneombudene som mener det er kultur for å bruke sykmelding fra lege heller enn egenmelding. En god del respondenter mener også at yngre har lettere for å bruke egenmelding. Hver tredje personalleder og hovedtillitsvalgt mener bruk av sykmelding heller enn egenmelding på korte fravær, skyldes lav tillit mellom leder og ansatt. Det er dermed mange av respondentene som mener at det ligger et betydelig potensial i økt bruk av egenmeldinger heller enn sykmeldinger.

Det er uansett arbeidsgiver som betaler hele lønnen de første 16 sykefraværstidene.



Flere personalledere og enhetsledere forteller at de har blitt strengere i å ta i fra den ansatte muligheten til bruk av egenmelding. Etter reglene kan arbeidsgiveren bestemme at den ansatte ikke skal få bruke egenmelding hvis:

- Den ansatte har brukt opp egenmeldingsrettighetene (Folketrygdlovens § 8-27)
- Arbeidsgiveren har rimelig grunn til å anta at fraværet ikke skyldes sykdom (jf Folketrygdlovens § 8-27, 1. ledd bokstav b)

Mange ledere vet ikke at de har denne muligheten, mens andre vegrer seg for å bruke denne muligheten fordi det indikerer at de ikke har tillit til den ansatte. Vårt inntrykk er likevel at flere og flere ledere blir oppmerksomme på denne muligheten og praktiserer det i større grad.

Økt praktisering av muligheten for å ta i fra de ansatte retten til å bruke egenmelding, kan ses på som en innstramming i sykelønnsordningen. Økt fokus på denne muligheten og støtte til enhetslederne fra personalavdelingen, kan dermed redusere behovet for å innføre karensdager i kommunene. Dette blir dermed en mer individuell form for disiplinering enn innføring av karensdager vil være.

### 6.3 Diskusjon

Mange mener altså at en eller annen form for innstramming i sykelønnsordningen vil være fornuftig, selv om den politiske viljen til å gjøre endringer i sykelønnsordningen ikke er tydelig. Mange på høyresiden har lenge tatt til orde for at det er behov for innstramminger, men med et LO på nesten 1 million medlemmer, kan det bli vanskelig å gjennomføre dette.

Når tiltak skal foreslås er det først og fremst viktig å vite hvem som er målgruppen. Vi har tidligere forsøkt å definere hva som kan omfattes av det vi kaller "unødvendig sykefravær". Vi har konkludert med at det unødvendige sykefraværet er det som utgjøres av *de som ikke kommer tilbake i arbeid selv om helsen tilsier at de kan arbeide*.

Simen Markussen skrev i en artikkel fra 2007 om den U-formede sammenhengen som observeres mellom sjenerøsiteten i velferdsordninger og i sykefraværet på makronivå tidligere referert til i kapittelet. Hans forklaring er at veldig generøse sykelønnsordninger fører til at folk blir lenger sykmeldt enn de må, fordi det er svake insentiver til å komme tilbake til jobb og resultatet er lange fraværstilfeller - som i Norge. Han sier også at med mindre generøse ordninger blir det dyrt å være borte fra jobb, og når kostnadene er tilstrekkelig høye kan arbeidstakerne komme tilbake til jobb for tidlig og det blir korte og hyppige fraværstilfeller, som for eksempel observeres i Storbritannia. Videre tenker Markussen at et system mellom de to ekstrempunktene, kan gi ønsket løsning ved at arbeidstakere blir hjemme når de er syke, men går på jobb når de er friske.

Dette er en god hypotese, og viser at det er fruktbart å tenke utenfor de vanlige økonomiske teoriene på området.

De som blir hjemme med langt sykefravær består generelt av to grupper. De som er for syke til å delta i arbeidslivet og de som ikke klarer å komme tilbake til jobb av ulike grunner selv om helsen tilsier at de er friske nok. Om vi konsentrerer oss om den siste gruppen, er det klart at sykelønnsordningen gjør at det er gunstig å være sykmeldt heller enn å si opp jobben og bli arbeidsledig og den usikkerheten det medfører.

Dersom vi går bak denne situasjonen, som vi har gjort, finner vi at dette handler om strukturelle forhold på arbeidsmarkedet i langt større grad enn om holdninger og uvilje mot å jobbe. Det handler i stor grad om manglende jobbmobilitet. Om man blir langtidssykmeldt og blir frisk, kommer den ansatte tilbake til jobb om de ønsker det. Dersom den ansatte av ulike grunner ikke ønsker å komme tilbake, skifter de jobb om de har mulighet til det. Om de ikke har andre jobbmuligheter skyldes dette lav jobbmobilitet og det er dårlig samsvar mellom personens kompetanse/erfaring/personlighet og arbeidsmarkedet. En person i en slik situasjon vil ikke bli arbeidsledig, men forbli langtidssykmeldt i dagens system. Årsaken er at vi har en svært generøs sykelønnsordning som gjør det mye mer lønnsomt å være sykmeldt enn arbeidsledig.

Dersom arbeidsmarkedet hadde fungert bedre ved at det var rom og rammer for personer uten hundre prosent helse eller med lav jobbmobilitet, hadde sannsynligvis sykefraværet vært en del lavere. En effektiv arbeidsformidling som raskt kobler ledige personer med ledige stillinger, kan redusere strukturledigheten generelt, men i Norge kan det sannsynligvis også redusere sykefraværet.

Hva som betyr mest, strukturelle forhold i arbeidsmarkedet eller sykelønnsordningen er ikke godt å si, men sannsynligvis vil sykelønnsordningen påvirke vurderingene til de med lav jobbmobilitet mest fordi de har færre valgmuligheter. De med høy jobbmobilitet kan gjøre raske vurderinger og skifte jobb om det er noe de er misfornøyd med, mens de med lav jobbmobilitet ofte må stå lenge i vanskelige situasjoner uten at det blir noen løsning eller at de kommer seg bort. Dette er en seleksjonseffekt som kan resultere i at det er de med lav jobbmobilitet som blir værende på "dårlige arbeidsplasser". Hva en dårlig arbeidsplass er kan defineres på mange måter, men det kan handle om sterk slitasje på de ansatte grunnet svake ledere, for lav bemanning, lav mestringsfølelse og mye annet. Generelt betyr dette at det er en sterk overvekt av unødvendig sykmeldte som har lav jobbmobilitet. Politikken må utformes deretter.

Dette er rammen når vi går over til å diskutere ulike alternative endringer i sykelønnsordningen:

- Økt arbeidsgiverbetaling ved langtidsfravær
- Økt arbeidstakerbetaling ved korttidsfravær
- Økt arbeidstakerbetaling ved langtidsfravær
- Økt bruk av egenmeldinger heller enn sykmeldinger

### **6.3.1 Økt arbeidsgiverbetaling ved langtidssykefravær**

Argumentene, basert på analyser av svarene fra intervjuer og åpne spørsmål til både personalledere, verneombud og tillitsvalgte for en slik endring er følgende:

1. Lederne i enhetene vil gjøre mer for å redusere sykefraværet enn det de gjør i dag (forebygging og tilrettelegging)
2. Politisk ledelse vil få mer fokus på sykefravær som tema, og kanskje i større grad tenke på risikoen for ansattes helse når vedtak fattes (ressursinnsats versus innhold og kvalitet i tjenestene)
3. Lederne blir tøffere og tydeligere mot ansatte som har sykefravær slik at det oppnås en viss disiplinering.

Dette betyr at det observeres et potensial for at innstramming i sykelønnsordningen på arbeidsgiversiden kan føre til lavere sykefravær. Særlig er det andre punktet viktig for mange ansatte

i kommunene. De opplever ofte at politikerne ikke tar hensyn til at de har et arbeidsgiveransvar og vedtar endringer og nytt innhold i tjenestene uten å tenke på konsekvensene for de ansatte. Sykefravær er allerede et tema som står høyt på dagsorden også blant den politiske ledelsen, og det er mulig denne effekten vil være begrenset. Det første argumentet er også vanskelig for mange å være enige i, fordi kommunale ledere allerede gjør svært mye tilrettelegging og forebygging.

Argumentene mot en slik endring er:

1. Kommunene gjør allerede så mye tilrettelegging og forebygging at potensialet for å redusere sykefraværet ikke ligger på arbeidsgiversiden
2. Lederne blir enda mer restriktive i forhold til hvem de ansetter og hvem de velger å beholde fordi de med dårlig helse gir økonomisk risiko
3. Dette vil bety at enheter med allerede dårlig økonomi, får det enda verre og får enda lavere fleksibilitet i forhold til tilrettelegging og inkludering
4. Det er få dokumenterte effekter av forebyggingstiltak på arbeidsplassen, så det er ikke opplagt at slike tiltak vil ha effekt på sykefraværet og dermed har insentivene potensielt lav effekt
5. En innstramming på arbeidsgiversiden, bygger på antakelse om at det er forhold på arbeidsplassen som skaper sykefravær. Ledere i kommunene mener at lite av sykefraværet skyldes forhold på arbeidsplassen, men heller forhold på hjemmebane. Da har arbeidsgiverne få virkemidler.

Det er finnes flere gode argumenter for en innføring av arbeidsgiverbetaling ved sykefravær, men motargumentene vil for de fleste med et samfunnsperspektiv i tankene veie tyngre.

### **6.3.2 Økt arbeidstakerbetaling ved korttidsfravær**

Innføring av karensdag vil sannsynligvis ikke ha betydning for utgiftene til folketrygden, fordi det uansett er arbeidsgiver som betaler de 16 første sykefraværsdagene. Dette betyr at det er arbeidsgiverne som får hele fortjenesten av arbeidstakerbetalingen, og det er dermed en kostnadsoverveltning fra arbeidsgiver til arbeidstaker.

Argumentene for økt arbeidstakerbetaling ved sykefravær i kommunene:

1. Det mangler insentiver til å gå på jobb fordi man får full sykelønn fra første fraværsdag
2. Terskel for korttidsfravær kan øke og korttidsfraværet går ned
3. Med dette signaliseres det at det ikke er greit å ta en dag hjemme for å "ta seg inn", man må sørge for å restituere seg i fritiden - holdningssignal
4. Ansatte som selv ikke har unødvendig korttidsfravær (det store flertallet), vil tjene på at det blir strengere for de som har unødvendig fravær
5. For de med alvorlige og langvarige sykdommer, vil ikke karensdager ha særlige negative konsekvenser. For dem er det viktigere å bevare en god sykelønnsordning
6. De som har unntak fra arbeidsgiverperioden pga kroniske lidelser har naturlig skjerming
7. Terskelen for at hjemmesituasjonen skal få konsekvenser for jobboppmøte heves, og de ansatte vil i større grad lete etter andre alternativer enn fravær fra jobben
8. For unge arbeidstakere, vil redusert arbeidstakerbetaling virke disiplinerende og oppdragende
9. Med litt innstramming på korttidsfraværet kan en god ordning for langtidssyke bevares

Det er altså en lang liste med forhold på pro siden for innføring av karensdager i kommunene. Vi ser på motforestillingene:

1. Det vil være de med dårligst inntekt som rammes hardest
2. Noen vil gå på jobb selv om de er syke og kan smitte andre ansatte og brukere
3. Det vil ha liten effekt på det samlede sykefraværet
4. Fraværene kan bli lenger enn nødvendig for å kompensere for at de har "betalt" for noe av fraværet i begynnelsen selv

Det er riktig at det vil ramme de med dårligst inntekt fordi de har høyere sykefravær, men også fordi de økonomiske konsekvensene er størst for dem. De med høy utdanning og høy inntekt har ofte så høy fleksibilitet i jobben at de unngår å være borte fra jobben, mens de med lav utdanning, lav inntekt ofte har så lav fleksibilitet i jobben at de trenger fravær av ulike grunner, ikke bare sykdom. Dersom arbeidsgiveren er restriktiv med å gi velferdspremisjoner, kan sykefraværet bli høyere fordi de ansatte har lite fleksibilitet særlig i forhold til arbeidstid.

I noen yrker, kanskje særlig helse- og pleieyrker, kan en få situasjoner der den sykmeldte smitter andre ansatte og skrøpelige brukere/pasienter slik at det får livstruende konsekvenser for dem. Dette er unntakene, men det er særlig i disse sektorene sykefraværet er høyt. Samtidig er det mange som jobber i kommunale pleie- og omsorgstjenester som har sett seg lei på kolleger som har svært mye korttidsfravær, mens de selv står på hver dag. Det kan være demotiverende for de som står på at de som har hyppig korttidsfravær og ikke heller bytter vakter som de selv gjør, får betalt for sykefraværet.

Basert på datagrunnlaget fra kommunene, bør KS gå inn for innføring av en karensdag. Det store flertallet (80 prosent) av personallederne gir denne meldingen oppover til KS. Argumentet er ikke at karensdag ønskes innført fordi mange ansatte har dårlige holdninger, men at for de aller fleste ansatte vil det være lønnsomt å godta en karensdag, heller enn at det skal bli vanskelig å få full lønn under langtidsfravær. I Sverige har de karensdag. Dette er det ikke særlig motstand mot, men det er derimot mange som er uenig i at en stor gruppe arbeidstakere har mistet retten til sykepenger. Mange ansatte mener at det korte fraværet skal koste noe. Hvor mye dette vil bety for fraværet er umulig å si. Når vi forsøker å kartlegge hvor mange ansatte som vil endre terskelen for korttidsfravær, varierer svarene fra enhetslederne mellom 5-10 prosent til 50-60 prosent. Korttidsfraværet utgjør ca 12 prosent av det totale sykefraværet på nasjonalt nivå, men for de enkelte kommunale enhetene kan det utgjøre så mye som 50 prosent. For enheter med døgkontinuerlig bemanning, er det ofte mye korttidsfravær eller egenmeldinger i helgene. Det er ikke sikkert det vil være nok med en karensdag for å redusere dette sykefraværet, i følge flere enhetsledere.

### **6.3.3 Økt arbeidstakerbetaling ved langtidsfravær**

Her kommer noen nye momenter inn, og det er spesielt inkluderingsargumentet som er sterkt. Dersom det skal være en risiko ved å bli syk, kan det argumenteres for at folk som er usikker på egen helse, vil velge å stå utenfor arbeidslivet. Risikoen for å bli syk mens man er sysselsatt er ikke likt fordelt i befolkningen. De med lav sosioøkonomisk status har høyere sannsynlighet for sykefravær. Hvor sterkt dette argumentet er, er usikkert. Det handler også om nivå på ulike stønadsordninger.

Argumenter for økt arbeidstakerbetaling ved langtidsfravær:

1. De ansatte passer bedre på egen helse for å unngå kostnaden ved sykdom og sykefravær
2. Langtidssykmeldte som er sykmeldt av andre årsaker enn helse (trives ikke eller mestrer ikke jobben), vil ha et økonomisk tap ved å være sykmeldt og terskelen for å komme tilbake til jobb vil reduseres

Argumenter mot økt arbeidstakerbetaling ved langtidsfravær:

1. Det vil redusere insentivene for å delta i arbeidslivet, fordi en direkte lønnsrisiko ved fravær er innført (om stor helserisiko, kan uføretrygd være et økonomisk bedre alternativ)
2. Sykdom får en kostnad og signaleffekten er at man må være frisk for å jobbe eller ta kostnaden ved å ikke kunne jobbe selv
3. Dette vil ramme skeivt, fordi lavere sosioøkonomisk status har sammenheng med dårligere helse

Konklusjon: Argumentene mot en slik endring er foreløpig sterkere enn argumentene for, men her er det stor usikkerhet. De aller fleste økonomer er enig i at kutt i sykelønnen vil redusere sykefraværet, men også at det er de svakeste i arbeidslivet som vil bli hardest rammet. Det er dermed en politisk beslutning hva man ønsker.

#### **6.3.4 Økt bruk av egenmeldinger heller enn sykmeldinger**

Årsaken til at mange heller får en sykmelding enn å bruke en egenmelding er mange:

- Ansatte har behov for å legitimere fraværet med en sykmelding heller enn en egenmelding for da er det ikke de selv som har "bestemt fraværet"
- Det oppleves som lettere å få aksept for sykmeldingen heller enn egenmeldingen
- Om man er så syk at man trenger å være borte 8 dager fra jobb, går man til legen for å få en helsevurdering uansett
- Om det forventes at sykmeldingen varer utover egenmeldingsperioden, går man tidlig til legen for å få en sykmelding
- Noen "sparer" på egenmeldingene for å ha de i reserve og får heller en sykmelding om de for eksempel får influensasymptomer
- Legene gir sykmelding selv om ikke egenmeldingsperioden er brukt opp

Et hovedargument arbeidsgiverne stort sett har mot sykmeldinger, er at de gis for fort lang tid om gangen, og at legen ikke kjenner til eller vurderer tilretteleggingsmulighetene på arbeidsplassen. Det er en grunn til at regelen om 8 dagers sykmelding kom med i IA-avtalen og det var nettopp denne. Legene skriver for lange sykmeldinger og arbeidsgiver får ikke muligheter til å tilrettelegge selv om de kan. Ut i kartleggingen i kommunene finner vi at dette er et virkemiddel i IA-avtalen og en del av sykelønnsordningen som ikke er særlig utnyttet. Det egenmeldte sykefraværet utgjør omtrent det samme av det totale sykefraværet som for ti år siden.

Flere og flere ledere ser ut til å benytte seg av retten til å frata arbeidstakerne rett til egenmelding, enten fordi de har brukt opp egenmeldingene eller at arbeidsgiver ikke tror det er reell sykdom som ligger bak egenmeldingen. Dette kan være et virkemiddel flere burde tatt i bruk, fordi det gir en mulighet til individuell vurdering heller enn at alle skal rammes likt, som for eksempel ved innføring av karensdag vil gjøre.

For at dette skal være virksomt, må bruken av egenmeldinger praktiseres på en annen måte enn i dag. Legene må sende vedkommende tilbake til arbeidsplassen med beskjed om å bruke opp egenmeldingsdagene først dersom det ikke er snakk om alvorlig sykdom. Praksisendringer blant de ansatte skjer sannsynligvis lettest med at lederen gir klare føringer på hvordan egenmeldingsbruken skal praktiseres. Her er det mange som har mye å gå på, men flere og flere ledere i kommunene ser ut til å innse at de har større muligheter for å beholde vedkommende i jobb når de unngår 14 dagers sykmeldingene.

Regelen om at egenmeldingen teller som en egenmelding uavhengig av om den gir en påfølgende sykmelding (innført i 2004), reduserer insentivene for arbeidstakerne til å bruke egenmelding når de er usikker på hvor lang tid det tar før de blir friske.

## 6.4 Oppsummering

Sykelønnsordningen skaper en rekke insentiver både på arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Forskningen gir få klare funn på dette området, men det synes klart at innstramminger i sykelønnsordningen på arbeidstakersiden fører til lavere sykefravær. Vi har gått gjennom argumentene for og i mot følgende endringer:

- Økt arbeidsgiverbetaling ved langtidsfravær
- Økt arbeidstakerbetaling ved korttidsfravær (karensdag)
- Økt arbeidstakerbetaling ved langtidsfravær
- Økt bruk av egenmeldinger heller enn sykmeldinger

Økt arbeidsgiverbetaling ved langtidsfravær kan gi insentiver for arbeidsgiver til å tilrettelegge mer. Svært få i kommunene tror dette vil bli resultatet, men heller at inkluderingsviljen svekkes og det blir vanskeligere for "marginale arbeidstakere" å komme inn i arbeidslivet.

80 prosent av personallederne i kommunen mener innføring av karensdager dette vil redusere sykefraværet betydelig. 50 prosent av fastlegene mener også at en slik innstramming vil gi lavere sykefravær. Mange mener at med å innføre en karensdag kan en kanskje bevare en god sykelønnsordning for ansatte som blir langtidssyke. Ulempene er at det sannsynligvis ikke vil ha så mye å si for det totale sykefraværet, fordi korttidsfravær utgjør en relativt liten andel av det totale fraværet. En annen ulempe er at selv om det kan bli færre fravær, kan fraværene bli lenger. Totalfraværet kan til og med øke.

De aller fleste økonomer er enig i at kutt i sykelønnen vil redusere sykefraværet, men også at det er de svakeste i arbeidslivet som vil bli hardest rammet. Forskningsfunnene støtter dette. Det er dermed en politisk beslutning hva man ønsker. Det er få personalledere og ledere i kommunene som mener at å straffe arbeidstakeren økonomisk ved langtidsfravær er veien å gå. Utnyttelse av ordningen er ikke regelen, men unntaket.

Alternativ innstramming er i større grad å frata personer med mye ikke reelt korttidsfravær retten til egenmelding. Dette er det anledning til, men mange ledere kjenner ikke til denne muligheten, eller de vegrer seg for å gjøre det for å unngå konflikter. Med sterkere praktisering av denne muligheten, kan det sannsynligvis være lettere å luke ut unødvendig korttidsfravær enn med innføring av karensdag som vil ramme alle. Effekt av dette betinger at legene ikke sykmelder i egenmeldingsperioden.

# 7 Virkemiddelvurdering og nye potensielle virkemidler

## 7.1 Innledning

Oppdraget fra KS var som følger:

Hvilke resultater oppnår man ved dagens virkemiddelbruk? Er tidsbruken ved dagens virkemidler for store/passe i forhold til resultatene man oppnår?

I IA-avtalen og i protokollen ligger det totalt 84 tiltak eller virkemidler fordelt på 53 hovedgrupper (se Ose et al., 2013b). Skillet mellom hva som er virkemidler og hva som er tiltak i IA-avtalen og i den tilhørende protokollen er ikke tydelig. Generelt er virkemidler styringsverktøy myndigheten benytter for å iverksette tiltak som gir effekt på noe (lover og forskrifter, økonomiske virkemidler, informasjon etc). Ofte er det slik at myndighetene utformer virkemidlene, mens tiltakene foregår i ulike deler av samfunnet. I IA-avtalen er det litt spesielt for det er partene som utformer virkemidlene i fellesskap, men partene i IA-avtalen er også en viktig aktør når det gjelder å iverksette tiltakene.

Det å endre arbeidsmiljøloven er for eksempel et virkemiddel partene har blitt enige om, men det er arbeidsgivere og arbeidstakere som utfører tiltaket som handler om tettere oppfølging av sykmeldte. På samme måte er for eksempel etablering av koordineringsenheten et tiltak for å bedre driften og produktiviteten i NAV Arbeidslivssentrene, men sentrene er et viktig virkemiddel for at IA-virksomhetene skal nå målene i IA-avtalen.

Tiltakene i IA-avtalen og i Protokollen varierer mye i type og omfang og de involverer en rekke aktører: arbeidsgivere, arbeidstakere, NAV lokalt, NAV ALS, leger, bedriftshelsetjenesten mfl. Det er derfor et relativt komplekst bilde som tegnes av alle virkemidlene som er knyttet til IA-avtalen både direkte (IA-virkemidler, dvs virkemidler som er forbeholdt IA-virksomheter) og indirekte (virkemidler som ligger i lovverket og som gjelder alle virksomheter, men som har kommet som følge av IA-avtalen og trepartssamarbeidet på sentralt nivå). I tillegg kommer virkemidlene som er tilgjengelig gjennom egen organisasjon. Dette vil for kommunene være virkemidler fra KS (prosjekt og tiltak), arbeidstakerforeninger, kommuneinterne tiltak osv.

Vi gjør følgende grupperinger:

- IA-virkemidler (direkte virkemidler)
  - Kontaktperson ved NAV Arbeidslivssenter
  - Refusjon av BHT-honorar
  - Tilretteleggingstilskudd
  - Utvidet egenmelding
- Indirekte virkemidler som har kommet som følge av IA-avtalen
  - Regimet rundt oppfølging av sykmeldte, jf arbeidsmiljøloven og folketrygdloven
  - Gradert sykmelding



## 7.2 NAV Arbeidslivssenter

### 7.2.1 Tidligere forskning

Det er lite forskning rundt NAV Arbeidslivssenter, og det nye som er gjort er det SINTEF og vår forskningsgruppe som står bak.

Arbeidslivssentrene har fått et godt rykte i mange områder i landet – der virksomhetene har fått god hjelp med IA-arbeidet sitt. Å ha et slikt kompetansesenter tilgjengelig for virksomheten er nødvendig.

Et NAV arbeidslivssenter som består av gode rådgivere, og har en god leder som får til systematisk og effektivt arbeid – vil kunne påvirke det norske arbeidslivet i betydelig grad. De er NAV sin viktige link ut til arbeidsplassene og det er derfor så viktig at samarbeidet mellom NAV kontorene og NAV Arbeidslivssenter fungerer godt – der er mye å hente.

### 7.2.2 Funn fra kommunene

Mange mener at arbeidslivssentrene er viktig å få med inn fordi de er en utenforstående:

*Det blir en annen effekt når du har en utenforstående til å hjelpe deg, enn om du skal stå for det alene. (Kommunalsjef, mellomstor kommune).*

Denne kommunen har også ledere med gode erfaringer med Arbeidslivssenteret:

*Jeg som har vært vant til å lede hjemmetjenesten med masse personer som skal reise og gjøre oppgaver i øst og vest, kjørte meg inn i en blindgate hvis jeg tilrettela for mye for noen få. Da ødela jeg muligheten til å lage en brukbar arbeidsdag for hele teamet. Der syns jeg IA-kontaktene var veldig flinke til å hjelpe meg med å sette grenser. Hvor mye kan arbeidstakeren kreve? Når anbefaler vi at du tar inn BHT? Når må vi begynne å hjelpe arbeidstakeren med å faktisk se seg om etter en annen jobb? Du gjør vedkommende en bjørnetjeneste ved å la han bli for lenge i en jobb som han ikke fungerer i. Det er en balansegang som er veldig vanskelig. (leder, mellomstor kommune).*

Personalsjefen i samme kommune legger i intervjuet til følgende:

*Kan jeg bare skyte inn her, noe som jeg tror blir riktig å si noe om nå. Det kan hende det er store forskjeller rundt omkring i Norge, men vi opplever at f.eks. de som er saksbehandlere for den enkelte sykmeldte i NAV også er veldig fokusert, selvfølkelig, på sin egen klient. Og gjentar dermed at «ja, men arbeidsgiver har ansvaret for å tilrettelegge» helt uten begrensninger. På den andre siden opplever vi og enhetslederne å få støtte fra NAV Arbeidslivssenter, på at det er ikke ubegrensede muligheter for en arbeidsgiver å tilrettelegge. Altså, her er det motstridende signal fra saksbehandlere i NAV og NAV Arbeidslivssenter. Noe som blir vanskelig i en del tilfeller når man sitter i dialogmøter med saksbehandler og lege, hvis da ikke IA-kontakten fra Arbeidslivssenteret kan delta, selv om BHT er med. Fordi den sykmeldte refererer til hva deres saksbehandler i NAV sier, og presenterer hva arbeidsgiver har plikt til å gjøre. (Personalleder, mellomstor kommune).*

Noen forteller om at kontaktpersonene er lett å få tak i og er en viktig støtte som rådgiver i mange sammenhenger. Andre forteller om lederstøttefunksjoner, at det er faste møter, hjelp til å utvikle gode oppfølgingsplaner og mye annet.

Andre forteller om at det er veldig personavhengig og at den kontaktpersonen de har nå er bedre enn forrige eller omvendt.



Som vanlig er de tillitsvalgte og verneombudene i mindre grad inkludert i arbeidet inn mot NAV Arbeidslivssenter:

*Ja arbeidslivssenteret. Jeg veit at de har egen IA rådgiver som er her av og til, men hva hun gjør i forhold til Stordal kommune. Det kan ikke jeg svare på altså. (stordal\_hvtv og hvo\_A)*

Andre steder har de fått til større arenaer:

*Ja vi har egentlig ett unikt samarbeid for vi har fire møter i året hvor vi møtes med arbeidstilsynet og IA konsulentene og BHT også tar vi opp aktuelle saker og samarbeidsproblematikk, og det temaet der har vi tatt opp hvert fall to til tre ganger. (BHT, liten kommune).*

Vi har også spurt om det er noen motsetninger mellom BHT og NAV Arbeidslivssenter, og litt typisk fra en BHT får vi følgende informasjon:

*Jo vi har jo vært borte i det, og det er faktisk litt vanskelig for og si det sånn for det er jo klart at når en IA konsulent uttaler seg skråsikkert i en sak så tror jo arbeidsgiver på at det er sånn, men IA konsulenten har da ikke et faglig grunnlag for og si det til vedkommende, og likevel da blir det sagt, og arbeidsgiver kan jo tro men at her har jeg fått noen gode råd også er ikke de rådene forankret i en kunnskap i HMS verden i det hele tatt, og vi tenker at det går opp noen linjer nå med IA konsulenten på dette der, og det er jo klart at vi i bedriftshelsetjenesten vi har fagkompetansen på ett område og den fagkompetansen som vi sitter på den har ikke IA konsulentene. (BHT, liten kommune).*

Generelt stemmer det godt det kommunen forteller om hvilke tjenester arbeidslivssentrene forteller at kommunene etterspør. Fra det kvalitative datagrunnlaget, ser det ut som de aller fleste kommunene har stor nytte av NAV Arbeidslivssenter.

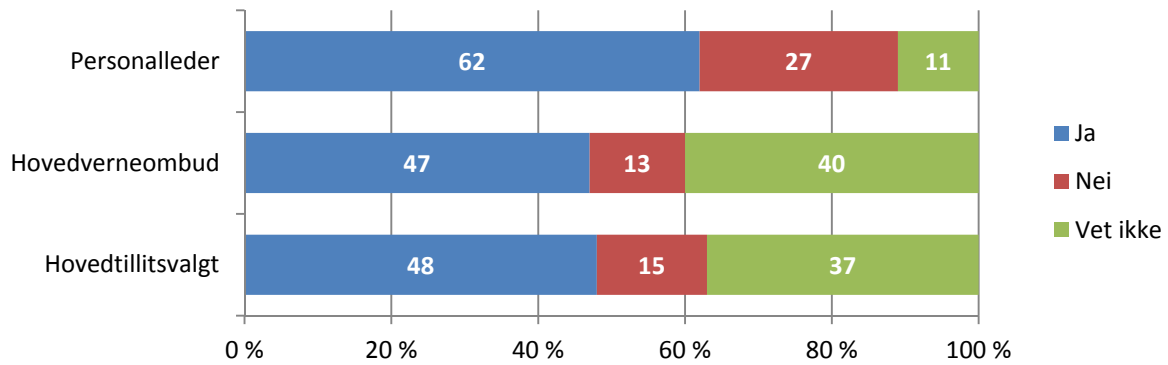
Noen respondenter forteller at det etter hvert begynner å bli mange aktører på IA-området. En respondent fra BHT i en av landets storbykommuner sier det slik:

*Ufattelig mange aktører ikke sant. Arbeidstilsynet har vært inne, arbeidslivssenteret har vært inne, vi har vært inne. Folk ser ikke forskjell på hvem dette er. En personalrådgiver kommer inne, også får jo vi kanskje brev og henvendelser av det merkverdige navn og adressen på det sant. (BHT, storby)*

Dette er et problem, og kanskje særlig i kommunene. De enkelte kommunene bør sammen med NAV Arbeidslivssenter, Arbeidstilsynet og BHT:

- avklare en praktisk og god ansvarsfordeling
- definere informasjonslinjer når de er inne i kommunen
- avklare behovet for samarbeid og møtepunkter
- avklare hvordan de skal utnytte av hverandres kompetanse

I spørreskjemaene har vi kartlagt om respondentene mener de ulike virkemidlene har effekt på sykefraværet. Fra figuren under ser vi at 62 prosent av personallederne mener at kontaktpersonen har betydning for sykefraværet, mens færre enn halvparten av representantene for de ansatte mener dette.



Figur 7.1 Tror du det at dere har en kontaktperson på NAV Arbeidslivssenter har effekt på kommunens sykefraværnivå?

At en så stor andel av ansattrepresentantene svarer vet ikke, kan skyldes at de har lite kontakt med NAV Arbeidslivssenter. Det kan også skyldes at de mener det er vanskelig å si at dette har en tydelig effekt på sykefraværet.

### 7.3 Refusjon av BHT-honorar

IA-virksomheter kan helt eller delvis få refundert utgift til bruk av godkjent bedriftshelsetjeneste (BHT) fra NAV. Honorar til BHT kan gis for

- arbeid med å utrede og foreslå tilrettelegging for at sykmeldte arbeidstakere skal komme tilbake i arbeid
- arbeid for å hindre at arbeidstakere faller ut av arbeid
- utredning av behov for å tilrettelegge arbeidsplassen for å få personer med redusert arbeidsevne inn i arbeid.
- bedriftshelsetjenestens deltakelse på dialogmøte 1 som skal være avholdt senest innen 7 ukers sykefravær (maks 2 timer)

Det kan utbetales honorar ved behov for tiltak av fysisk, ergonomisk, organisatorisk eller psykososial art. Bedriftshelsetjenesten skal i samarbeid med arbeidsgiver og arbeidstaker gi vurderinger av behov for og muligheter til relevante tiltak.

Honorar til BHT gis til IA-virksomheter som har utgifter til bedriftshelsetjeneste i tilknytning til

- oppfølging av eller tilrettelegging for arbeidstakere som står i fare for å bli eller allerede er sykmeldte
- tilbakeføring av personer med redusert funksjonsevne.

Det er en forutsetning at bedriftshelsetjenesten er godkjent, eventuelt har godkjent plan eller søknad under behandling i henhold til forskrift om godkjent bedriftshelsetjeneste med videre.

Ordningen gjelder uavhengig av om bedriftshelsetjenesten er organisert som egen ordning, om den er felles for flere virksomheter eller en frittstående enhet. Innsatsen kan blant annet omfatte:

- kartlegging og utredning av problemer og behov
- identifisering av tiltaksmuligheter
- utarbeiding av forslag til tiltak
- forberedelse/planlegging av aktiviteter og tilrettelegging
- bidrag til iverksetting

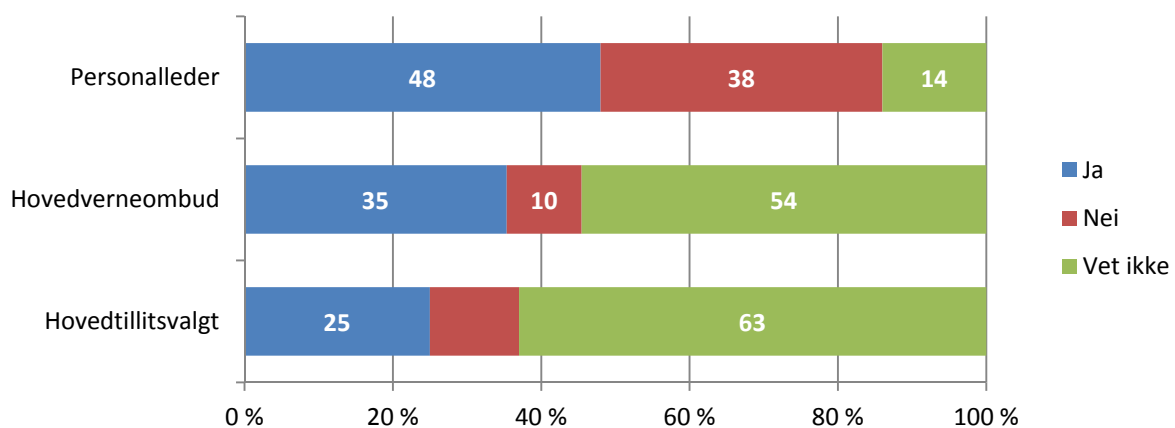
- oppfølging/evaluering av tiltak.

Dette tiltaket er så vidt vi vet ikke evaluert. I den forrige evalueringen av IA-avtalen fant vi at 42 prosent av virksomhetslederne hadde hørt om muligheten til å få refundert honorar til bedriftshelsetjenesten, mens en av tre hadde god erfaring med dette tiltaket. Det var dermed et av de mindre populære tiltakene.

### 7.3.1 Funn fra kommunene

Det er ikke så mange som har sterke meninger om BHT-honoraret, men alle mener det er riktig med refusjon for BHT-honorarer fordi det er lovpålagt at BHT skal delta på dialogmøte 1.

Hvorvidt dette har effekt på sykefraværet er mer usikkert. Under halvparten av personallederne mener dette, og en stor andel av ansattrepresentantene svarer vet ikke. Mange ansatte kjenner sannsynligvis ikke til dette virkemiddelet.



Figur 7.2 Tror du det at dere får refusjon for BHT honorar har effekt på kommunens sykefraværsliv?

## 7.4 Tilretteleggingstilskudd

Vi har evaluert ordningen (ikke effektevaluering for da må man iverksette omfattende forsøksvirksomhet), men det er vanskelig å konkludere. Vi har følgende hovedfunn:

Noen konklusjoner fra evalueringen:

- Vi finner at det er stor oppmerksomhet omkring sykefravær og sykefraværreducerende tiltak i norsk arbeidsliv generelt, mye tilrettelegging gjøres uten at det søkes om tilretteleggingstilskudd fra NAV.
- Det er relativt lett for arbeidsgiverne å observere om tilretteleggingstilskudd gitt på individnivå har effekt eller ikke, men vanskeligere å vurdere gruppetiltak. De mener det er stor effekt av individtiltak, men ikke av gruppetiltak.
- Omtrent hver tredje krone av tilretteleggingstilskuddet går til virksomheter innen privat sektor og offentlige foretak, mens resten går til offentlig sektor. Kommunen får over halvparten av midlene.

- Dette må ses i forhold til størrelsen på sektorene og de ulike næringene. De som får mest tilretteleggingstilskudd per ansatt er virksomheter innen helse- og sosialtjenester, offentlig administrasjon og hotell- og restaurantnæringen. Kommunal sektor får betydelig mer tilretteleggingsmidler per ansatt enn andre sektorer, og andelen har økt noe de siste årene.
- Rundt 60 prosent av tilretteleggingstilskuddet går til rene individtiltak, mens rundt 20 prosent går til tiltak som er en kombinasjon av individuell tilrettelegging og gruppetiltak. Totalt er dermed 80 prosent av midlene i hovedsak rettet mot individ. 12 prosent av tiltakene er rene gruppetilretteleggingstiltak, mens resten i hovedsak er gruppetiltak kombinert med individuell tilrettelegging.
- Av tilgjengelige arbeidsrettede tiltak og virkemidler i NAV, er tilretteleggingstilskudd det tiltaket som virksomhetene etterspør mest.
- Blant de individrettede tiltakene er det tilrettelegging og merutgifter til vikarer som etterspørres mest og som innvilges oftest. Når det gjelder gruppetiltak innvilges oftest søknader til kurs og opplæring.
- Registerdata viser at sykefraværet totalt sett er høyere i virksomheter som mottar tilskudd også når vi kontrollerer for størrelse på virksomheten (antall ansatte), sektor, næring og fylke. Vi konkluderer med at det er virksomheter med høyt sykefravær som får tilskudd, jf. intensjonen med ordningen.
- Sykefraværet er relativt likt i virksomheter som mottar tilskudd til individtiltak og i virksomheter som mottar tilskudd til gruppetiltak.
- Vi finner store variasjoner fra fylke til fylke med hensyn til hvor stor andel av tilretteleggingstilskuddet som går til individrettede tiltak og gruppetiltak, store forskjeller i hvordan man tolker styringssignaler om bruk av tilskuddsordningen, og store forskjeller når det gjelder hvordan Arbeidslivssentrene jobber inn mot virksomhetene. Koordineringsenheten arbeider for mest mulig like tjenester ved Arbeidslivssentrene, men gjenstår en del arbeid før en har nådd dette målet.
- Ansatte ved Arbeidslivssentrene synes de bruker for mye tid på behandling av søknader om tilretteleggingstilskudd til individrettede tiltak og de melder om at antall søknader øker. Vi mener det er grunnlag for å diskutere om tilretteleggingstilskudd bør dreies i retning av å bli et virkemiddel utløst av NAV-kontorene. De har et tydelig individfokus i sin rolle, mens NAV Arbeidslivssenter har et tydelig virksomhetsfokus.

#### 7.4.1 Funn fra kommunene

Fra intervjuene med kommunen, finner vi stort sett det samme som evalueringen viser. En tillitsvalgt oppsummerer godt det mange sier:

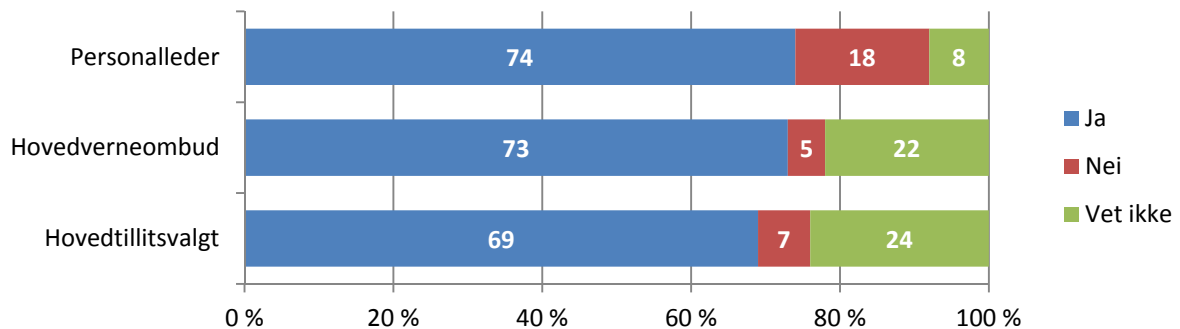
*Den kontaktpersonen som vi har i Arbeidslivssenteret er jo veldig flink til å informere til virksomhetslederne om hva det går an å søke tilretteleggingstilskudd for, og oppfordrer dem også til å gjøre det. Hjelper dem med å skrive søknader og sånn. Jeg vet ikke hvordan det fungerer i alle virksomheter, men det fungerer i hvert fall i pleie- og omsorg og er brukt mye. Både tilskudd til å kjøpe inn spesielle hjelpemidler, men også rent tilretteleggingstilskudd for f.eks. å leie inn en ekstra person for å avlaste og unngå sykemeldinger. (Hovedtillitsvalgt liten kommune).*

Men det kommer også frem at flere av kommunene i utvalget ikke søker om tilskudd:

*De har søkt lite. Vi hadde en runde på det i sommer med de som nå er IA-kontakter, hvor de sa ifra at de har brukt veldig lite tilretteleggingstilskudd her i kommunen. Selv om de får ganske konkret beskjed om hva de kan gjøre, kommer ikke søknadene. Og det er jo synd, for alle kommuner føler vel på at de har lite midler til å gjøre tilrettelegginger og sånt. (BHT, mellomstor kommune)*

De har ikke en god forklaring på hvorfor, men mange snakker om at det er et lite tilskudd og det er mye arbeid med å søke om tilskuddet.

Figuren under viser at en stor andel av respondentene mener tilretteleggingstilskuddet har effekt på sykefraværet.



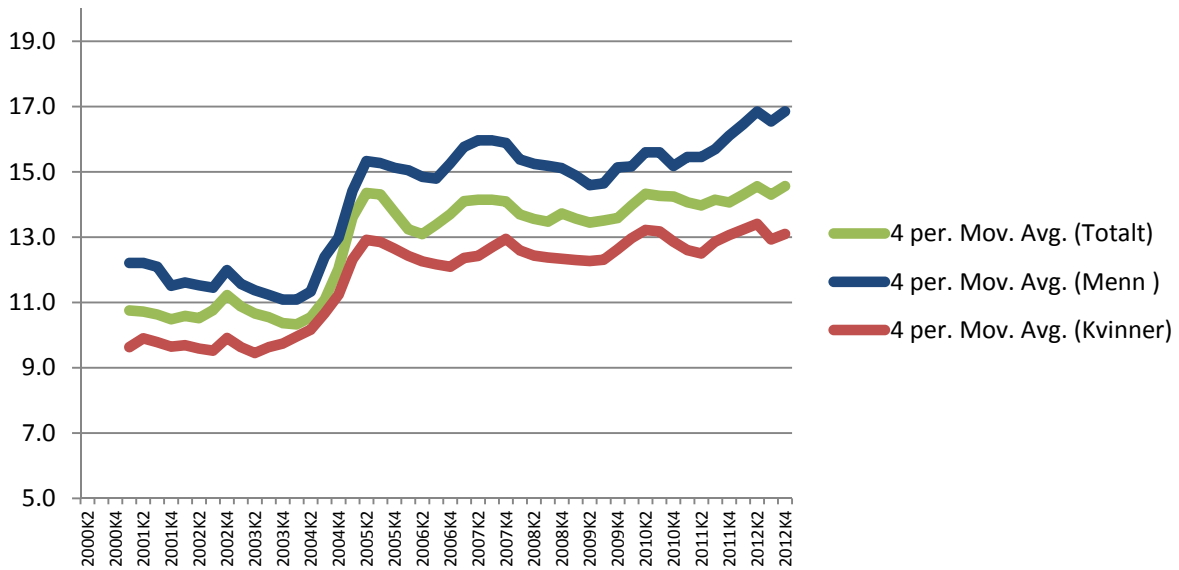
Figur 7.3 Tror du tilretteleggingstilskuddet har effekt på kommunens sykefraværslivå?

## 7.5 Utvidet egenmelding

Utvidet rett til egenmelding er ett av virkemidlene som er forbeholdt IA-virksomheter. Hensikten er å flytte dialogen om funksjonsevne fra legekortor til arbeidsplassen og på den måten redusere korttidsfraværet. Dialog og tillit er nøkkelbegreper for å få dette til å virke i praksis. Bakgrunnen for at utvidet egenmelding er valgt som virkemiddel i IA-arbeidet finnes i Sandmannutvalgets rapport: NOU 2000: 27.

Det finnes forskning på utvidet rett til egenmelding generelt, men vi finner ikke forskning som sier noe om IA-virksomheter og virkemiddelet med åtte kalenderdager egenmelding og 24 kalenderdager i løpet av en 12-måneders periode, er et godt virkemiddel sammenliknet med tre kalenderdager fire ganger i løpet av en 12 måneders periode for ikke IA-virksomheter.

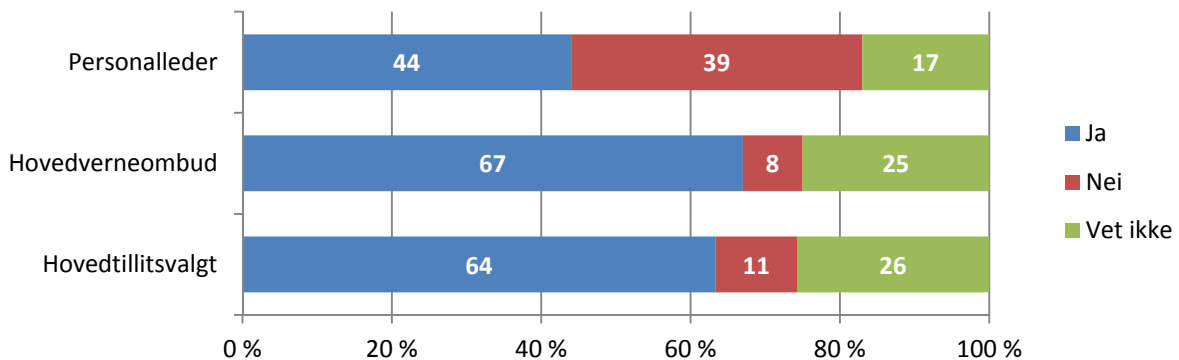
I figuren under ser vi på hvor stor andel det egenmeldte sykefraværet utgjør av det totale sykefraværet på landsbasis.



Figur 7.4 Prosentandel av sykefraværet som er egenmeldt, kvinner og menn. Kvartalsjustert med 4 perioders glidende snitt. SSB, sykefraværsregisteret.

Som vi ser fra figuren var det en relativt sterk økning i andelen av sykefraværet som var egenmeldt i den perioden sykefraværet falt sterkt (2003-2004). Vi ser også en relativt stor økning mot slutten av perioden for menn, men mer en jevn trend blant kvinner.

Som vi så i forrige kapittel er det mange som mener at retten til utvidet egenmelding ikke benyttes, og vi så på hva årsaken kunne være. Her ser vi på hvorvidt respondentene mener dette er et effektivt virkemiddel for å redusere sykefraværet, se figur under.



Figur 7.5 Tror du utvidet egenmelding har effekt på kommunens sykefraværnsnivå?

Her er det ansattrepresentantene som oftest mener tiltaket har effekt, mens nærmere 40 prosent av personallederne mener dette ikke har betydning for sykefraværet. Basert på informasjon fra intervjuene, tror vi dette skyldes at egenmelding heller enn sykmelding brukes når fraværet er lenger enn 3-4 dager.

Vi går over til å se på de indirekte virkemidlene som har kommet som følge IA-avtalen. Dette er særlig regimet rundt oppfølging av sykmeldte og gradert sykmelding.

## 7.6 Regimet rundt oppfølging av sykmeldte, jf. arbeidsmiljøloven og folketrygdloven

Etter en grundig evaluering av regimet (Ose et al., 2013) har vi konkludert på følgende måte:

Det er mange ulike typer sykefraværstilfeller. Et viktig skille er mellom de som ikke kommer tilbake i arbeid selv om de er friske nok til det, og de tilfellene der langtidsfravær er nødvendig for å bli frisk. De som egentlig er friske nok til å arbeide, men er sykmeldt, står for det vi kan kalle ugunstig eller unødvendig langtidsfravær. De har sterkt forhøyet risiko for å falle ut av arbeidslivet via sykepenger, arbeidsavklaringspenger og til slutt som mottakere av uføretrygd. Det er her det store samfunnsøkonomiske tapet er, fordi disse menneskene potensielt kunne hatt et liv i arbeid i stedet for å være utenfor. Dette er den store utfordringen i sykefraværarbeidet – man vet ikke alltid hvilken gruppe den enkelte sykmeldte tilhører (moral hazard i sykelønnsordningen og asymmetrisk informasjon). Derfor er det innført et omfattende system for oppfølging av sykmeldte, et system som gjelder alle sykmeldte (med krav om oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner). Våre resultater viser at dette systemet er svært ressurskrevende, både for arbeidsgivere, NAV og leger, uten at det kan sannsynliggjøres noen særlig effekt på sykefraværet.

Vi finner at jobbmobilitet og relasjoner på arbeidsplassen har betydning for om folk kommer tilbake etter sykmelding når de er friske nok. Dårlige relasjonelle omgivelser rundt et sykefravær kan både forlenge helseproblemene og hindre tilfriskning, men det kan også føre til at den sykmeldte ikke kommer tilbake i jobb når helsen tilsier at han/hun kunne jobbet. De med høy jobbmobilitet klarer seg selv, de finner en ny jobb når de blir friske nok til det dersom de har en dårlig relasjon til arbeidsplassen de ble sykmeldt fra. Man må derfor anta at folk som forblir sykmeldt selv om de er friske nok til å komme tilbake i jobb, har lav jobbmobilitet og dårlig relasjon til hele eller deler av arbeidsplassen (leder, kolleger, arbeidsoppgaver eller annet).

Gode system og rutiner for oppfølging av sykmeldte er viktig for å sikre at mennesker som blir syke blir tatt godt vare på, og for at arbeidsgivere skal være trygg på hva de skal gjøre når noen av de ansatte blir syke. Gjennom arbeidet med IA-avtalen og lovendringer har mange virksomheter nå på plass et system for oppfølging av sykmeldte og rutiner for hva de skal gjøre. Oppfølgingsplaner og dialogmøter i en tidlig fase av sykefraværet er dermed viktig, selv om dagens form og innhold ikke er optimalt. All rapporteringen, kontrollene og sanksjonene har i praksis liten betydning for hvem arbeidsgiver velger å tilrettelegge for og om de som blir sykmeldt kommer tilbake så snart de er friske, eller om de forblir sykmeldte. Tiltak fra NAV bør sannsynligvis i større grad handle om kompetanseheving. I et land som Norge, med et offentlig finansiert utdanningssystem, bør man i et samfunnsøkonomisk perspektiv i mye større grad bruke kompetanseheving gjennom utdanning som et tiltak, når alternativet er passivitet eller deltakelse på tiltak uten dokumentert effekt.

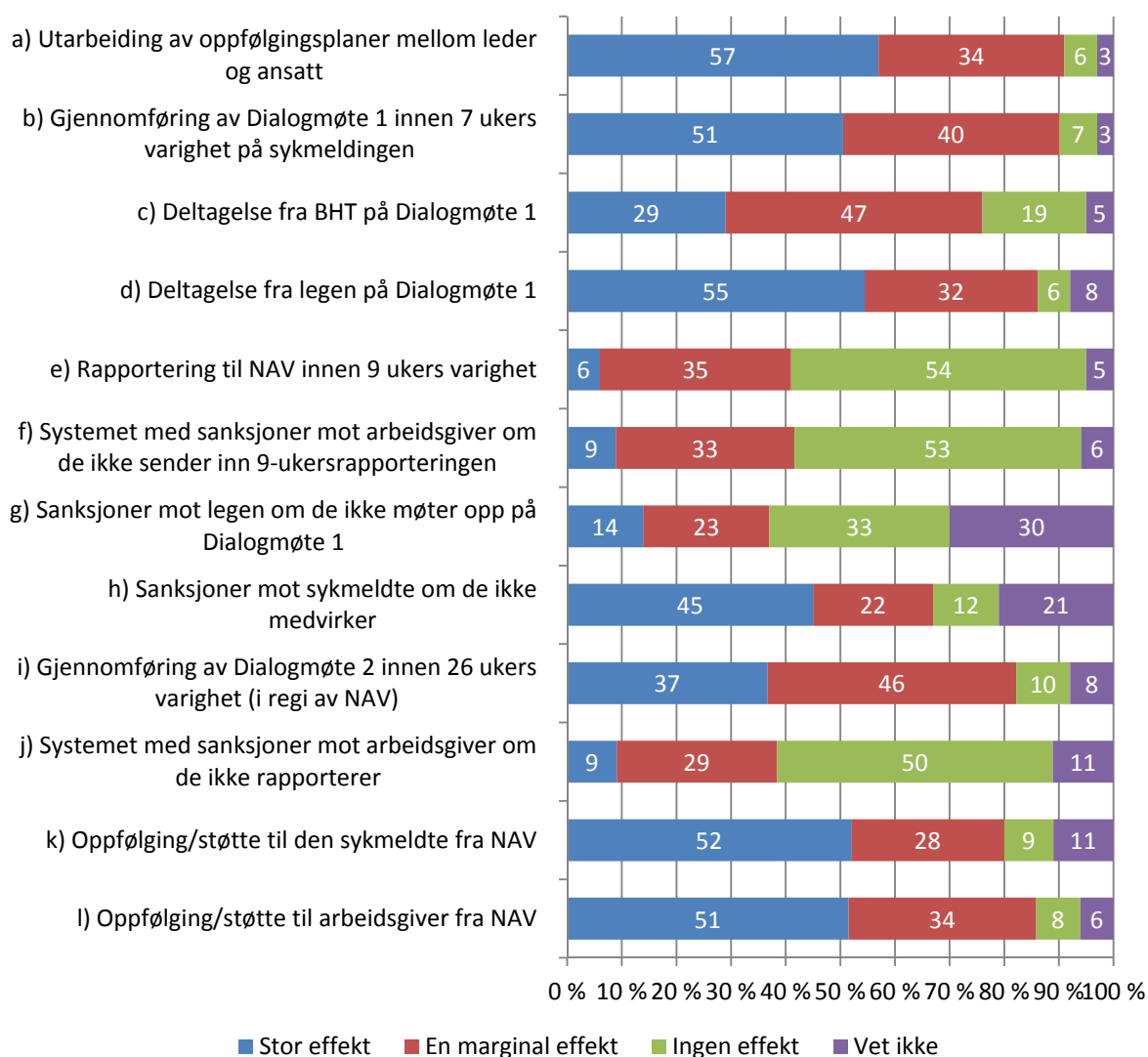
Vi foreslår å nullstille sykefraværdebatten og heller starte om igjen med følgende spørsmål: Hvorfor kommer ikke folk tilbake på jobb når de er friske nok til det? Med dette oppstår en rekke nye ideer og muligheter, både i forhold til system og regler (utvikle et system hvor potensielt unødvendig langvarig sykefravær identifiseres på et tidlig tidspunkt), tiltak (som tar hensyn til at lav jobbmobilitet og at dårlige relasjoner på arbeidsplassen potensielt ligger bak langtidsfravær)

og ikke minst med tanke på incentiver med tilhørende virkemidler (for å skape gode relasjoner på arbeidsplassene og for å få til inkludering i arbeidslivet for dem med lav jobbmobilitet).

Innstramminger i sykelønnsordningen med lavere kompensasjon ved sykdom kan føre til at personer med helseproblemer trekker seg bort fra arbeidslivet, fordi risikoen med å delta blir for stor. Økt arbeidsgiverbetaling ved sykefravær kan redusere inkluderingsviljen blant arbeidsgiverne. Sterkt fokus på sykefravær med rapportering, kontroller og sanksjoner mot arbeidsgivere og arbeidstakere, har trolig den samme effekten.

### 7.6.1 Funn fra kommunene

Det er i stor grad samsvar mellom hva som kom frem i den nasjonale evalueringen og hva vi nå finner i kommunen. Det er stor misnøye særlig med rapporteringen og sanksjonene og det har ikke kommet frem noe nytt i intervjuene. Det som har vært viktig i denne sammenheng er å innhente erfaringer fra kommunene med de faktiske effektene på sykefraværet av de ulike elementene i oppfølgingsregimet.



Figur 7.6 Hvilke av disse punktene i oppfølgingsregimet tror du har effekt på sykefraværet i deres kommune?



Ut i fra dette kan vi konkludere med at funnene i kommunene i stor grad er i overensstemmelse med det vi har konkludert med i evalueringen. Vi vet at arbeidsgiverne i stor grad ønsker å ha legene med på dialogmøte 1, så det er ikke noe nytt. Hovedargumentet er at de da får mulighet til å fortelle om tilretteleggingsmuligheter, og de forteller at legen ofte blir overrasket over alle mulighetene de har for tilrettelegging. Det kan også være omvendt, at legen forventer store tilretteleggingsmuligheter, men at lederne ikke opplever at de kan tilrettelegge mer.

## 7.7 Gradert sykmelding

Dette har vi også forsket på tidligere (se Ose et al., 2012 – inkludert en grundig gjennomgang av tidligere forskning) og vi konkluderte da blant annet med dette:

Med det sterke fokuset som er på sykefravær, med tidsbestemte punkter for når de sykmeldte skal følges opp av arbeidsgiver, NAV og legene, er det lagt et grunnlag for at ansatte skal få en god oppfølging om de får et helseproblem. Et godt regelverk som sikrer at veien ut av arbeidslivet har mange stoppskilt og barrierer, er et viktig prinsipp for å få til et inkluderende arbeidsliv. Ett av de viktigste tiltakene de siste årene for å hindre utstøting fra arbeidslivet, har vært å gi delvis/graderte sykmeldinger fremfor full sykmelding. Begrunnelsen for dette er at dersom kontakten med arbeidsplassen opprettholdes, er det mindre sannsynlig at den sykmeldte faller ut av arbeidslivet på lenger sikt.

Etter endringene i sykmeldingsreglene 1. juli 2004, som blant annet innebar økt fokus på graderte sykmeldinger, ble det funnet at sykefraværet gikk ned med hele 20 prosent som følge av økt bruk av graderte sykmeldinger. Med denne bakgrunnen foreslo "Ekspertutvalget for sykefravær" i februar 2010 at det igjen burde skje et markert skifte fra full til gradert sykmelding. De antok dermed at det var et stort potensial for å øke andelen sykmeldinger som kunne graderes. Partene i arbeidslivet inngikk deretter en avtale i "Protokoll mellom partene i arbeidslivet og myndighetene om felles innsats for å forebygge og redusere sykefraværet og styrke inkluderingen" i slutten av februar samme år (samtidig som de inngikk ny IA-avtale). Der ble de enige om at arbeidsevne og aktivitet skulle vektlegges, for i størst mulig grad å kunne ta i bruk gradert sykmelding.

Vi har gått gjennom kunnskapsgrunnlaget bak forslaget om en sterk økning i bruk av graderte sykmeldinger. Arbeidsplassen er opplagt en viktig arena for å få til aktivitet heller enn passivitet, men det har frem til nå vært svært lite fokus på konsekvenser av økt bruk av graderte sykmeldinger på arbeidsplassen. Vi har derfor tatt utgangspunkt i arbeidstakere og arbeidsgivere for å få frem kunnskap om muligheter og barrierer virksomhetene har når det gjelder tilrettelegging og god oppfølging av sykmeldte.

I dette prosjektet benytter vi et omfattende datagrunnlag fra ulike administrative register og samler for første gang sammenhengende informasjon om sysselsetting, kjønnsfordeling, legemeldt sykefravær og graderingsandeler for de siste ti årene for alle næringer, sektorer, yrkesgrupper og utdanningsgrupper. Rapporten inneholder en rekke grafiske fremstillinger av dette datagrunnlaget, og særlig har vi lagt vekt på å presentere næringsvis informasjon for underkategorier av hovednæringene (på 5-siffer næringskode).

Andelen av sykmeldingstilfellene som er en delvis sykmelding (og ikke en full sykmelding), har økt fra 12 prosent til nærmere 25 prosent fra 2003 til i dag. Andel av sykefraværstidene som er gradert har økt tilsvarende, og nå er over 30 prosent av alle sykefraværstidene gradert i en eller annen grad. Det vanligste dersom man har delvis sykmelding er å ha sykmelding 50 prosent eller over 70 prosent. Lengden på sykefraværstilfellene varierer sterkt med hvor stor graderingsandelen er. Jo høyere sykmeldingsgrad, jo lengre er gjennomsnittslengden på sykefraværet.

Det ligger svært mye informasjon i registerdata som vi utnytter i dette prosjektet. Kvinner har høyest andel av sykefraværet gradert og det er i aldersgruppene mellom 30 og 62 vi finner høyest andel gradering av sykefraværet. De yngste og eldste har altså lavest graderingsandel (får i større grad full sykmelding).

Vi finner at sannsynligheten for å få gradert sykmelding øker systematisk med utdanning. Det er de med høyest utdanning som har høyest andel graderte sykmeldinger. Det gir seg også utslag i forskjeller mellom ulike yrkesgrupper, der typisk yrker uten krav til noen spesiell utdanning har den laveste graderingsandelen. Deretter kommer operatører, sjåførere og håndverkere. De yrkesgruppene med høyest andel av sykefraværet gradert er lederjobber (høyest), akademiske yrker (nest høyest) og deretter høyskoleyrker, og dette gjelder både kvinner og menn. Dette handler i stor grad om muligheter for å få til effektiv tilrettelegging og dette tas opp i kapittel tre i rapporten.

Privat sektor ligger betydelig lavere i graderingsandel enn stat, kommune og fylke. Når vi ser på næringsfordelingene finner vi at i den nedre enden av skalaen med under 20 prosent av sykefraværstilfellene gradert, ligger hotell- og restaurant, transport og kommunikasjon, olje- og gassutvinning og bygge- og anleggsvirksomhet. Høyest andel, med over 30 prosent av tilfellene gradert, finner vi i offentlig administrasjon, finans- og forsikringsvirksomhet og undervisning. Det er store forskjeller mellom kvinner og menn i graderingsandel og for menn ligger olje og gass absolutt lavest og finans- og forsikringsvirksomhet høyest sammen med undervisning. For kvinner ligger hotell- og restaurant absolutt lavest, mens offentlig administrasjon ligger høyest.

Vi finner empirisk støtte for at økt bruk av graderte sykemeldinger har bidratt til å redusere sykefraværsraten. Bak dette generelle resultatet finner vi mest støtte for at bidraget skjer gjennom redusert antall sykepengedagsverk per sykefraværstilfelle. Økt bruk av gradering kan tolkes som en reform i sykemeldingspraksisen ved at legene skulle gå over fra aktiv og full sykmelding til gradert sykmelding. Vi har tatt hensyn til dette ved å estimere effekter av gradering før og etter denne reformen i 2004. Resultatene viser da at økt bruk av gradering ser ut til å redusere fraværsraten. Kanalen graderingen virker gjennom endrer seg noe når reformperioden er tatt hensyn til. Effekten gjennom antall tilfeller per mulige dagsverk blir mindre viktig, og statistisk sett ikke signifikant.

I våre analyser finner vi minst støtte for at gradering har bidratt til en reduksjon i andel fraværstilfeller, selv om effekten ikke kan utelukkes som signifikant i noen analyser. Dette resultatet peker mot en dimensjon i sykefraværet som økt gradering sannsynligvis ikke kan endre. Forhold som skaper sykefravær kan vise seg som et viktig fokusområde når bruk av gradering har maksimert sitt potensial - dersom målet er å redusere sykefraværet.

#### ***Alle aktører er positive til gradering av sykmeldingene***

Både tidligere forskning og våre egne analyser tilsier at alle aktører involvert i sykefraværarbeidet har tro på at gradert sykmelding er et godt tiltak. Særlig i forhold til de positive effektene det kan ha for både den sykmeldte, kolleger og arbeidsgiver, fordi den sykmeldte opprettholder jevnlig kontakt med arbeidsplassen gjennom å være noe på arbeid. Forskingen finner motstridende effekter av gradert sykmelding på sykefraværslengde, og gradert sykmelding ser ut til å være mest utbredt i de næringene, og for de ansatte, der sykefraværet i utgangspunktet er lavt. Likevel er det vår oppfatning etter å ha studert feltet, at holdningene til gradert sykmelding er generelt positive. Positive holdninger er et godt utgangspunkt når man nå (igjen) oppfordrer til å bruke graderte sykmeldinger som hovedregel.

#### ***Virker tiltaket?***

At en økning i bruken av graderte sykmeldinger skal gi lavere sykefravær, er nærmest en matematisk sannhet. Alt annet likt, vil en økning i antall sykmeldinger som er gradert føre til en tilsvarende

reduksjon i totalt antall sykepengedager. Betingelsen er da at det ikke blir flere sykefraværstilfeller som følge av graderingen og at lengden på sykefraværstilfellene ikke endres som følge av graderingen.

Når en snakker om reduksjon i sykefraværet som en effekt av et tiltak, er det viktig å definere hvilken effekt en her snakker om. Er det forventninger om redusert sykefravær gjennom:

- a) Reduksjon i antall sykefraværstilfeller?
- b) Reduksjon i lengden på sykefraværstilfellene?
- c) Reduksjon i antall arbeidstakere som har sykefravær i arbeidslivet?
- d) Reduksjon i sykefraværet som har andre årsaker enn sykdom?
- e) Reduksjon i det lange fraværet som kan føre til exit fra arbeidslivet?
- f) Reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær?

Vi kan derfor forvente effekt av økt gradering på b), e) og f), og vi finner støtte for b). Om dette også innebærer at færre faller ut av arbeidslivet, er det foreløpig ikke mulig å svare på. Det er sannsynlig at tiltaket fører til en reduksjon i folketrygdens utgifter knyttet til sykefravær. Vi ser videre på om denne reduksjonen fører til kostnadsøkning et annet sted.

#### ***Omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiver***

Dersom den sykmeldte er normalt produktiv tilsvarende graderingsandelen (feks. 50 prosent produktiv og 50 prosent friskmeldt), er det ingen omfordeling av utgifter mellom folketrygden og arbeidsgiverne, og vi får en vinn-vinn situasjon der arbeidsgiver/arbeidstaker i fellesskap utnytter resterende arbeidskapasitet til beste for begge parter. Betingelsen for at dette skal være situasjonen er at:

- Arbeidsgiver har nok produktive oppgaver som den sykmeldte kan gjøre tilsvarende "friskandelen"
- Tilretteleggingen ikke går ut over de andre ansatte

Mange virksomheter har ikke produktive arbeidsoppgaver som de sykmeldte kan settes til å gjøre. Årsaken kan enkelt forklares med at på en effektiv arbeidsplass blir de produktive oppgavene som finnes, allerede ivaretatt av andre ansatte. I tillegg handler det om kompetanse til den sykmeldte, hva helseproblemet er og hvilken jobb som skal utføres.

Tilrettelegging for noen fører ofte til økt belastning for andre. Den som trenger delvis sykmelding har ofte oppgaver de ikke er i stand til å utføre i sykmeldingsperioden. Det kan enten leies inn vikar for å gjøre disse oppgavene eller oppgavene kan fordeles på de andre ansatte. Dersom det leies inn en vikar som er fullt produktiv og utfører alle oppgavene den delvis sykmeldte ikke kan gjøre, samtidig som den sykmeldte har egne fullt produktive oppgaver, er det altså ikke noe tap noen steder.

Tapene kommer når det ikke er nok produktive oppgaver (må leie inn vikar i tillegg til å betale lønn for uproduktivt arbeid) og når tilretteleggingen går ut over de andre ansatte (økt belastning kan gi sykefravær hos disse). Mange melder om store problemer med å finne vikarer til å arbeide tilsvarende sykmeldingsandelen slik at det ofte blir de andre ansatte som må dele på oppgavene.

Mange arbeidsgivere får til å tilrettelegge og dermed fungerer det godt å ha ansatte som er gradert sykmeldt. De aller fleste arbeidsgiverne melder likevel om at det finnes en grense for hvor mange som kan ha gradert sykmelding eller tilrettelagt arbeid. Særlig vet vi at mange kommunale pleie- og omsorgstjenester, sykehus og hotell sier de har nådd en slik grense.

Dette betyr at når det ikke kan tilrettelegges effektivt for en gradert sykmelding samtidig som det er så sterke forventninger til at alle arbeidsgivere skal gjøre det, vil dette gi økte utgifter for arbeidsgiverne. Resultatet av tilrettelegging og gradering blir da en kostnadsovervelting fra folketrygden til arbeidslivet som neppe er intendert. Vi får da en situasjon der nedgangen i folketrygdens utgifter kommer som følge av redusert produktivitet og lønnsomhet på arbeidsplassene. Dette ser ikke ut til å være diskutert i forslaget om innføring av gradering som hovedregel i sykmeldingene.

Kan økt gradering og strenge krav til tilrettelegging, slik regelverket nå legger opp til, ses på som en "snikinnføring" av arbeidsgiverbetaling for sykefraværet? Noen arbeidsgivere opplever det slik, men vi har foreløpig ikke oversikt over de økonomiske konsekvensene av tilretteleggingsplikten for arbeidsgiverne. En kan anta at kostnadene stiger i takt med at frivilligheten går ned. Jo flere kontroller og sanksjoner som brukes, jo mindre fleksibilitet, og en kan få ineffektive løsninger som ikke er forsvarlige eller bærekraftige på lenger sikt. For eksempel at det tilrettelegges slik at det går ut over driften. En opplagt risiko er at de som står for mye av fraværet og ofte har behov for tilrettelegging, blir en så stor byrde for arbeidsgiverne at kostnaden med å beholde dem overgår nytten. Dette innebærer store samfunnsøkonomiske kostnader, og vi er usikre på om dette er vurdert når kontrollene og sanksjonene er satt inn med den styrken de har i dag.

#### **Flere gradert sykmeldte betyr flere sykenærværende**

Å være gradert sykmeldt betyr at man til en viss grad er sykenærværende. I litteraturen skilles det ofte mellom negativt nærværspres, mestringsfravær og positivt sykenærvær. Litteraturen og teoriene i sykenærværsforskningen er nå høyaktuell når flere skal jobbe mens de har redusert funksjonsevne. At flere skal være sykenærværende i norsk arbeidsliv stiller også andre krav til ledelse. Noen forskere har påpekt at sykefraværsålet som mål på helse/uhelse kanskje er i ferd med å bli misvisende. Dette begrunnes i at det finner sted en økt polarisering mellom en gruppe fattige, økonomisk marginaliserte arbeidstakere, og en (økende) gruppe velstående, velutdannede kunnskapsarbeidere med stor fleksibilitet i jobben – der *begge* disse gruppene bruker *sykenærvær* som strategi for å håndtere sine respektive problemer.

Gjennom utvalgte sitater fra en rekke intervju SINTEF har gjennomført med ledere, tillitsvalgte, verneombud, sykmeldte og leger har vi i dette kapitlet forsøkt å illustrere hvilke holdninger til sykefravær og graderte sykmeldinger som finnes i det norske arbeidslivet. Holdninger til fravær varierer med hvem du spør. Hvilken type arbeid man har (som ofte er avhengig av type og lengde på utdanning) synes å ha betydning for hvilken innstilling man har til det å være borte fra arbeidet.

Gradering er lettest å få til og er mest brukt i lederyrker og akademiske yrker, men dersom målet er å redusere antallet som faller ut av arbeidslivet, er det ikke i disse yrkesgruppene faren for frafall er størst.

Fra sammendraget i Ose et al., 2012.

Det finnes mye forskning som både viser at gradering har betydning for sykefraværet, men også forskning som ikke finner samme tydelige effekt. Se rapporten sammendraget er hentet fra for referanser. Nå går vi over til å vise hva datainnsamlingen fra kommunene viser.

#### **7.7.1 Funn fra kommunene**

De aller fleste vi har intervjuet, er opptatt av at gradert sykmelding fungerer i noen tilfeller, men ikke i andre. Flere er inne på at en hel sykmelding ofte fører til innleie av vikar, mens en gradert sykmelding typisk dekkes inn av de andre kollegene:

*Så ja det fungerer for enkelte og kanskje ikke for andre. Det er vel ett sånt veldig lett for arbeidsgiver å tenke kortsiktig økonomi og har du en gradert her så kan du spare en vikar her. (Hovedtillitsvalgt, liten kommune).*

*Kommunen har for få muligheter til å tilrettelegge uten at dette går ut over andre ansatte. Ved gradert sykemelding der den sykemeldte f.eks. ikke greier å gå hele vekten, må vi leie inn ekstra for hele, eller velge å ikke leie inn. Det første har vi ikke budsjett til, og det andre går ut over kollegaer som må ta de tyngste takene. (Personalleder, liten kommune).*

En del av utfordringen med gradering av sykmeldinger er at de ofte trenger tilrettelegging på den friskmeldte delen:

*Men de skal jo ikke gjøre sine vanlige arbeidsoppgaver, de skal jo gjøre helt andre ting mange av de da. Da blir det jo sånn, være sosial med brukerne, sitte litt på PC, gjøre litt dataarbeid, sånne ting.. så de gjør jo produktivt arbeid for så vidt, for det er jo ting som må gjøres, på PC og sånn. Oppdatere pleieplaner, kostlister, hvis det er sykepleiere så kan de legge oppi dosetter.. gjøre sånne ting (leder sykehjem, stor kommune).*

*Gradert sykmelding oppleves som et problem særlig innen helse. Er ingen god ordning slik den fremstår i dag (Personalleder, mellomstor kommune).*

*Leger stiller urealistiske krav til tilrettelegging. Lite tilpasset kommunens utfordringer og muligheter når det gjelder sykefravær. Graderte sykmeldinger til tider vanskelig å håndtere. (Personalleder, liten kommune).*

Mange er inne på at det tar lenger tid å komme tilbake når de er gradert sykmeldt heller enn helt sykmeldt:

*Ja, men det ser vi jo. Har du vært 14 dager 100% sykmeldt, og begynner på for fullt, så er du tilbake. Men begynner du med den her 20%, 30, 40, så er du der, og det ser vi altså. (Leder sykehjem, stor kommune).*

*Det er mulig gradert sykemelding er bra for noen, men for andre kan det være med å dra ut tiden før man kommer tilbake. Det kan også være vanskelig å tilrettelegge på god måte i forhold til spesialiserte oppgaver. (Personalleder stor kommune)*

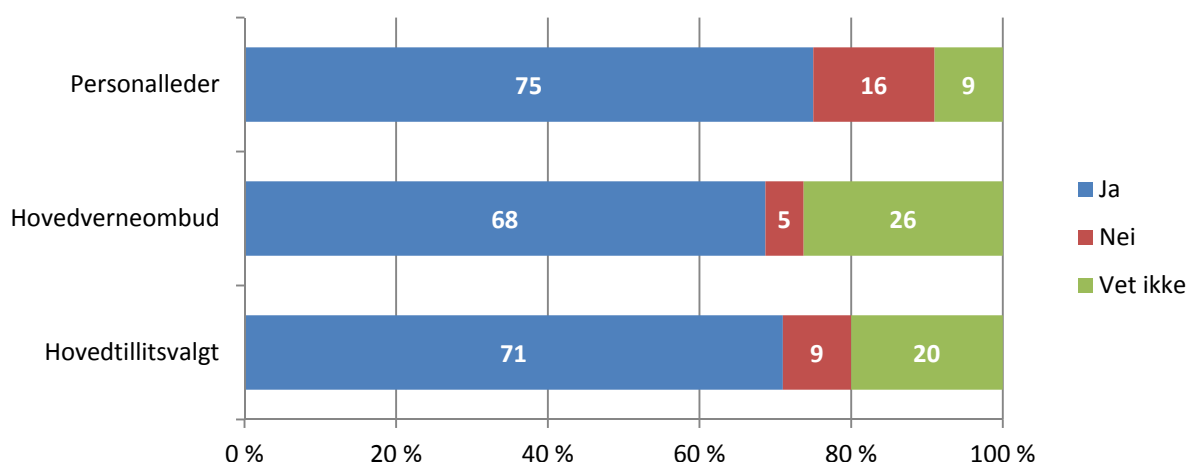
*For før så var det sånn, ok du var 50 prosent friskmeldt da var det 50 prosent full rulle tilbake og 50 prosent sykmeldt. Nå er det gradert 50 prosent med tilrettelegging. Det er fryktelig utfordrende for da blir det på en måte et tap i utgangspunktet pluss ny kompensere greie. Jeg må leie inn ekstra for og dekke tilretteleggingen min må jeg. Heller å legge belastningen over på de som yter hundre prosent. (Hjemmetjeneste, storby)*

*Vi ser ofte at sykemeldingene blir lenger ved gradert sykemelding, noe som ikke alltid er positivt (Personalleder, liten kommune).*

Likevel, alt i alt er det som i tidligere undersøkelser, flest som er positiv til gradert sykemelding selv om det er utfordringer noen steder. Det at legen sykmelder hundre prosent er til stor frustrasjon for mange ledere:

*Jeg er ofte forundret over at legen sykemeldet 100% uten å ha forhørt seg om mulighet for tilrettelegging og gradert sykemelding. Her bør samarbeidet bli bedre (Personalleder, liten kommune).*

Som nevnt over, det er en matematisk sammenheng mellom graderingsandel og sykefraværspersent (økt gradering av sykmeldinger som før var fulle sykmeldinger gir lavere sykefraværspersent). Figuren under viser at en stor andel av respondentene



Figur 7.7 Tror du gradert sykmelding har effekt på kommunens sykefraværspersent?

Svært mange respondenter sier de savner aktiv sykmelding:

*Da vi hadde Aktiv sykemelding hadde vi i alle fall muligheten til å la sykemeldte ansatte få gjøre noe arbeid på avdelingen uten at dette gikk ut over de øvrige. Med dagens ordning med nesten bare graderte sykemeldinger har ikke kommunen økonomi til å dekke inn fullt opp med vikarer. Nesten bedre med full sykemelding, det gir i alle fall muligheten til å leie inn vikar ved langtidssykdom (Personalleder liten/mellomstor kommune)*

Som vi tidligere har konkludert med, har gradert sykmelding ført til en kostnadsovervelting fra folketrygden til arbeidsgiverne. Mange personalledere ser dette:

*Tilrettelegging koster. Da ordningen med aktiv sykmelding forsvant så ble kostnaden med å ha halvsyke ansatte i arbeid lagt på arbeidsgiver da vi fikk en overgang til gradert sykmelding. Det fungerer dårlig å ha ansatte som går for halv maskin til å servere frokost på sykehjemmet f.eks. Når oppgavene som skal gjøres inngår i en større helhet, så fungerer ordningen med å f.eks. få lønn for 4 t arbeid men bruke 8 dårlig (Personalleder, mellomstor kommune).*

*Medarbeidere som i økende skal ha gradert sykemelding koster. For en mindre kommune med anstrengt økonomi er det utfordrende å tilrettelegge for mange når det utenfra telles antall hoder som arbeider. Det er for lite fokus på produksjon i IA (Personalsjef, liten kommune).*

Hovedutfordringene oppsummeres ganske konkret av en respondent på følgende måte:

*Legene skriver ikke ut graderte sykemeldinger (ca 30% av sykmeldinger er graderte i vår kommune) og de skriver så å si aldri funksjonsvurderinger, kommunene er så presset på økonomi og bemanning at vi kan ikke tilrettelegge for folk som ikke kan løfte eller bevege seg særlig uten at det blir en stor belastning for de øvrige ansatte, skjemaer for oppfølgingsplan er ufleksible og kommer dessuten alt for sent, fokuset på oppfølging fra 1. dag man er syk mangler (eller i en tid hvor den ansatte holder på å bli syk), fokus på god ledelse og ressurser til å jobbe med dette er en forutsetning for godt arbeidsmiljø og friske ansatte, men dette har vi ikke tid og ressurser til å drive med, NAV har overlatt til arbeidsgiver å være den som presser på den langtidssykmeldte om kontakt og dialog etter dialogmøte 1, og jeg opplever at NAV, som er en av premissleverandørene for IA-avtalen, overlater til arbeidsgiver å innta rollen som*

parten som "plager" den sykmeldte med mas om møter, mens NAV tar seg av trøsting og kritiserer "ledelsen i kommunen" for ikke å tilrettelegge nok (Personalleder, liten kommune).

## 7.8 Forslag om andre virkemidler - sykefravær

Det aller vanligste svaret i forhold til sykefravær å innføre karensdager. Utover dette er det blant annet at legene må mer på banen:

*Legene må på banen - i tillegg må en få vekk at leger får betalt for hver enkelt sykemelding de skriver ut. En ting er at de får betalt for konsultasjonen men i tillegg ekstra betalt for utskrevet sykemelding. (Personalleder, stor kommune)*

*Mitt hovedfokus her vil vere legane sin praksis. (Personalleder, liten kommune)*

*Karensdag, lengre arbeidsgiverperiode og redusert sykelønnsytelse - eksempelvis 90 %. Mulig jeg er litt tøff nå, men jeg ser mange tilfeller av apati fra den ansattes side. De er ofte ikke særlig interessert i tilrettelegging for å sikre rask tilbakeføring. Mange trives best med å "få være i fred". (Personalleder, liten kommune).*

*Innføring av karensdag vil gi god effekt! I tillegg jobbes det aktivt med ulike forebyggende tiltak, som har hatt god effekt. Vi har bl.a ansatt jordmor for å følge opp gravide ansatte, noe som har hatt svært god effekt (Personalleder, relativt stor kommune).*

I hovedsak ser det ut til å være behov for endringer før en sykmelding inntreffer:

*Pålagt møte mellom arbeidsgiver og arbeidstaker før en sykemelding for å se på muligheter for tilrettelegging/omplussing (i de tilfeller der det er mulig) (Personalleder, liten kommune).*

*Karensdager for ansatte, at legene tar i bruk avventende sykemelding. Det gir arbeidsgiver mulighet til å komme i dialog med den ansatte rundt forebygging av sykefravær (Personalleder, liten kommune)*

*365 dagers egenmelding, slik at det blir en sak mellom arbeidsgiver og arbeidstaker om helsestatus vs. arbeid. Da vil det kun være tilfeller som krever legehjelp/behandling som trenger sykemelding. Redusert ytelse etter lengden på fraværet, med unntak av de kronisk syke. (Personalleder, mellomstor kommune)*

*Må bli enda tydeligere på at dette ikke bare er et lege-pasient forhold, men et samfunnsproblem. derfor må arbeidsgiver kobles inn på en sterkere måte før det skrives sykemelding (Personalleder, relativt liten kommune)*

Flere er inne på deltidspromblematikk, men også det å få riktige folk i jobben:

*Få bukt med deltidspromblematikken slik at det blir større stabilitet, stille noe strengere krav til når utprøving i egen stilling/annen stilling er over slik at man må over i annet yrke eller til annen arbeidsplass. Mer fokus på andre utfordringer som fører til sykefravær; livsstil, hjemmesituasjon, osv osv. Det er ikke alt som kan repareres i et jobbforhold (Personalleder, stor kommune).*

*Færre deltidstillinger. Fleire med fastare og betre tilknytning til arbeidsplassen. Kontinuerleg fokus på sjukefravær. Meir kynisk rekruttering/tilsetjing. Mindre tilrettelegging. (Personalleder, relativt stor kommune).*

En av respondentene er inne på dette med arbeidstid:

*I noen yrker burde kortere arbeidstid vært et tema, fx i helse-omsorg. Dette er tunge yrker som krever mye av folk både psykisk og fysisk. Det er meningsløst at den såkalte*

*kontoradministrasjonen i kommunen har kortere arbeidstid enn hjelpepleiere. (Personalleder, stor kommune).*

En annen mener at tidlig avklaring er viktig:

*Arbeidstakerne må tidligere tvinges til å mene noe om dem kommer tilbake i ordinær stilling eller ikke. Vi opplever også at man blir "bråfrisk" etter 52 ukers sykmelding. Opphør av sykepenger (og mindre penger) gjør at folk blir fort friske (Personalleder, mellomstor kommune).*

Noen personalledere svarer også at hvilke tiltak som er nødvendig varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass. At ulike enheter og avdelinger har ulike utfordringer. Flere er også inne på at det er mange faktorer som spiller inn og at de må ha en helhetlig tilnærming for å få gode resultater:

*Sørge for at ingen bare blir et nummer i rekka som et viktig virkemiddel. Det at alle føler at det er bruk for dem, at det er viktig at de kommer på jobb, at det står oppgaver og venter på dem når de kommer. Rausheten for at noen i perioder må ha tilrettelegging -m.a.o. en kultur- og holdningsendring. Trygge ledere som evner å gjøre de ansatte trygge og som sørger for høy trivsel på arbeidsplassen. IA-avtalens regime og at det blir fulgt opp. Flere og bedre tilskuddordninger fra NAV til omstillings- og utprøvningsarbeid. (Personalleder, liten kommune).*

Når kommunene skal arbeide videre med sykefravær og inkludering, er sannsynligvis det å komme i forkant av sykmeldingene kanskje det som virkelig bør prioriteres. Mange enhetsledere har så tett kontakt med de ansatte, at de stort sett er forberedt når det kommer en sykmelding. Da har de fått til en kultur på at de skal snakke med lederen før de går til legen. Dette er sannsynligvis noen av de mest effektive metodene, fordi da kan det tilrettelegges i forkant heller enn etter sykmeldingen har oppstått.

## **7.9 Forslag om andre virkemidler – inkludering**

I forhold til delmål 1 i IA-avtalen, sykefravær, ble det skrevet 178 kommentarer i de åpne forslagsfeltene. For delmål 2 er det nesten like mange, 168 som har gitt innspill.

Spørsmålet er åpent formulert slik: Hva tror du skal til for at kommunen skulle ansette flere med redusert funksjonsevne?

Det er svært mange som mener at de har mange nokk med nedsatt arbeidsevne fra før, og at det er vanskelig å kunne inkludere flere med dagens ordninger:

*Vi har for mange av disse i dag, og ønsker ikke flere! (Personalleder, liten kommune)*

*Færre med tilrettelagt arbeid av ordinære ansatte. (Personalleder, relativt liten kommune)*

*At vi hadde ressurser til å ta oss av de vi allerede har (Personalleder, relativt liten kommune)*

*Vi har i dag så mange allerede ansatte voksne med tildels store varige tilretteleggingsbehov at vi bør nok vente noen år før fokuset øker. Dette er gjenspeilet i vår mål- og handlingsplan IA: Noen er ansatt som følge av diverse tiltak uten at det er skrevet noe sted at de har redusert funksjonsevne. Disse mener jeg må telle med. Motsspørsmål - hva skal til for at man har redusert funksjonsevne i dag? (Personalleder, relativt stor kommune).*

*Vi har utfordringer med å finne alternativt arbeid til egne ansatte som har fått redusert funksjonsevne.(Personalleder, middels stor kommune).*



*Har som mål å beholde de som allerede jobber i kommunen, ikke fokus på nyrekruttering. (Personalleder, liten kommune).*

Mange sier også at dette ikke er relevant, fordi de ikke får jobbsøknader fra folk med redusert funksjonsevne. Mange sier også at dersom vedkommende har god kompetanse, tilsettes de uavhengig av funksjonsnivå. Svært mange sier det må være økonomiske insentiver om de skal tilsette flere personer med redusert funksjonsevne. Det nevnes lønnstilskudd, tilsettingstilskudd, kompensasjon for potensielt lavere produktivitet, statlige økonomiske virkemidler og ikke minst god oppfølging fra NAV. En oppsummerer behovet slik:

*Økonomiske virkemidler, f.eks. fra NAV, jfr f.eks. VTA-arbeidstakere (varig tilrettelagt arbeid) hvor de mottar stønad fra NAV og en liten motivasjonslønn fra kommunen. Omprioritere midler i NAV, fra stønad man mottar hjemme til stønad man mottar for å bidra i samfunnet. (Personalleder stor kommune).*

*At det er tydelige avklaringer ift økonomi. Mener at kommunen skal dekke "produksjonen" og NAV systemet det som ikke fungerer. Det vil si kommunen kan ikke "lage" tilpassede oppgaver som ellers ville blitt ordnet av fellesskapet. Presset på ansatte er stort og vil dermed bli enda større. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

*Økt støtte til varige lønnsmidler ( TULT) og lederstøtte i oppfølgingsarbeidet ( mentor, fadder). (Personalsjef, stor kommune).*

*Varig økonomisk støtte og mulighet til avvikling av arbeidsforhold dersom det ikke fungerer. (Personalleder, relativt stor kommune).*

*Tett samarbeid med NAV, åpenhet og ikke minst må kommunen ha et reelt behov for arbeidskraft som den som søker kan matche med sine kvalifikasjoner. Lønnstilskudd over tid. (Personalleder, stor kommune).*

Noen personalledere er også inne på dette med holdninger og behov for holdningsendringer, da både hos ledere og ansatte.

Svært mange kommer også inn på kommunens organisering og økonomi:

*Omorganisering av oppgaver eller økt bemanning slik at man kunne ta inn en person som ikke yter maksimalt. Pr. i dag er tjenestene sårbare, og man forventer max fra de ansatte. (Personalleder, relativt liten kommune)*

*Bedre kommuneøkonomi hvor man kunne opprettet flere arbeidsplasser som er varig tilrettelagt (Personalleder, relativt stor kommune).*

*Bedre økonomi, tilrettelagde arbeidsplassar utover ordinære stillingsheimlar. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

*Kommunens økonomi må være bedre i stand til dette. (Personalleder, stor kommune).*

*Da måtte vi ha større rammer, eller få tilskudd til å etablere tilrettelagte arbeidsplasser/utvide stillingsramme? (Personalleder, relativt liten kommune).*

En av respondentene kommer inn på at målgruppen er svært sammensatt:

*Sikring av ressurser til at de som ansettes faktisk blir fulgt opp av noen. De ansatte som har rullestol, osv. er ikke inkludert i denne. Begrepet burde derfor vært nyansert. Det er ikke ressurskrevende å ha ansatte som er blinde, fysisk funksjonshemmede m.v. i yrker som er egnet. Dersom vi skal ha ped.ledere i rullestol ville det vært krevende - men det spørsmålet har*

*vi ikke fått ennå. Det er de som har psykiske utfordringer som er vanskelig å lage ordninger for. (Personalleder, relativt stor kommune).*

Mens en annen personalleder ser en annen sammenheng:

*At disse ikke krever økt stilling utover det de har arbeidsevne til å utføre. Vi ser i dag at retten til full stilling hindrer oss i å ta inn de med redusert arbeidsevne fordi flere etter hvert krever større stilling fordi dette igjen påvirker utbetaling av uføretrygd etter hvert. (Personalsjef, liten kommune).*

Det kommer altså frem både en del forklaringer på hvorfor de ikke ansetter flere med redusert funksjonsevne. For å oppsummere skyldes dette først og fremst at mange kommuner allerede har mange med behov for tilrettelegging, og det er vanskelig å finne rom for flere gitt den økonomiske situasjonen i kommunene. Dersom flere som hadde behov for oppfølging og tilrettelegging, ser det ut som det er nødvendig med økonomiske statlige tilskudd. Kompetanse er viktig i alle kommunale stillinger, så dersom kandidatene ikke har tilstrekkelig og passende kompetanse, må det opprettes nye stillinger. De som har en varig redusert funksjonsevne gjennom en fysisk funksjonshemming og har høy kompetanse, ser ikke ut til å være problematisk, de ansettes i følge mange personalledere på lik linje med andre. Det er personer med psykiske lidelser og problemer og har lav kompetanse som er de mest utfordrende. Det er også personer med psykiske lidelser med høy kompetanse som sliter med å komme inn i arbeidslivet.

Følgende sitat kan være en illustrasjon på ønsket om å inkludere hindres av ulike barrierer:

*I forhold til dette har jeg vært fortvilet fordi kommunen har hatt mulighet til å få inn en høyt kompetent kvinne med psykisk lidelse på permanent basis til å gjøre en jobb som ville gagnet kommunen stort. Det skulle ikke koste oss noe, det var mer å betrakte som et varig rehabiliterende tiltak for henne i hennes uføresituasjon og ville gitt henne mer verdighet i livet. Da er det ille at vi ikke får til noe som helst. (Personalleder i liten kommune).*

## **7.10 Forslag om andre virkemidler - seniorer**

Her er det åpne spørsmålet formulert slik: Hva tror du skal til for at avgangsalderen i kommunen øker? Det er 161 personalledere som har svart på dette.

Som for delmål to, er det mange som mener at de allerede har mange seniorer og at de ikke trenger at folk står lenger i jobb:

*Den er høy nok! (Personalleder, liten kommune)*

*Den er høy nok. 93 % av dem mellom 62 og 67 år, velger å jobbe framfor AFP (Personalleder, relativt stor kommune)*

*Er dette et ønske? Vi ser det kan være hensiktsmessig der hvor vi har problemer med å rekruttere fagkompetanse. Sett, hørt og verdsatt er viktig også her, ikke kroner og øre. (Personalleder, relativt liten kommune)*

*Vi er fornøyd med dagens nivå. (Personalleder, middels stor kommune)*

*Den er allerede i dag høy og vi ønsker ikke at den skal være høyere. Vi har noen ansatte som jobber i dag selv om de er 70 år. (Personalleder, relativt liten kommune)*

*Avgangsalderen er høy nok -trenger ikke flere tiltak på dette. (Personalleder, middels stor kommune)*

*Den er allereide høg, vi har eit fåtal som går ut før fylte 65. (Personalleder, middels liten kommune)*

*"Bør den aukast? Eg meiner det beste er å legge til rette for at dei som vil og kan det, får arbeide lenge. (Personalleder, relativt liten kommune)*

*Vi bør ikkje presse dei som av ulike årsakar ikkje vil eller kan arbeide lenge. Ingen blir stoppa her på grunn av alder og er verdsette medarbeidarar. Og det siste er kanskje det viktigaste: å bli sett og verdsett."*

*Ønsker ikke høyere (Personalsjef, stor kommune)*

Mange av de som ikke svarer at de allerede har høy avgangsalder, kommer inn på dette med arbeidsmiljø og ledelse, at det å bli sett og hørt selvsagt er viktig også for seniorer. Det er mange som ser at det er viktig å gi seniorer riktige oppgaver:

*Fokus vekk fra økonomisk incentiv, og heller fokusere på hva seniorene ønsker selv i senkarrieren. (Personalleder, relativt liten kommune).*

*Sikre at seniorene har interessante arbeidsoppgaver og fleksibilitet i forhold til arbeidstid (Personalleder, stor kommune).*

Fleksibilitet i arbeidstid og mulighet for deltidarbeid, er også et tema som går igjen i svarene. Med det fokuset som er på deltidsstillinger er det viktig å huske på at mange kan fortsette i arbeidslivet nettopp fordi det er gode muligheter for å jobbe deltid:

*De eldste må også bli sett og verdsatt, samt at det kan gis rom for deltidstilsatte for eldre (selv om det går ut over statistikken for antall deltidstilsatte i kommunen.... ) Personalleder, liten/middels kommune).*

Noen få nevner at økonomiske virkemidler har effekt:

*Økonomiske virkemidler og tilrettelegging for seniorene virker. Fokus på helse og fysisk aktivitet som forebyggende tiltak - det er egen samt ektefelles helse som ofte avgjør. Godt arbeidsmiljø er også svært viktig. (Personalsjef, relativt liten kommune).*

*Hva ønsker kommune selv - fraflytting, rekruttere yngre etc...Det er gode nok ordninger idag for at seniorene kan fortsette! (Personalsjef, liten kommune).*

Det siste sitatet vi tar med, handler om hva kanskje de den moderne generasjonen av seniorer, der jobben ikke lenger er det viktigste:

*Mange sitter godt i det og er "spreke" som 60-åring. Med gode pensjonsavtaler og masse muligheter for aktiv fritid og frivillig arbeidsmuligheter ut i fra interesse er det ofte lite ønskelig å stå i jobb. Mulighet for lange og gode ferier, alternative arbeidstidsordninger kan kanskje bidra, men det blir fort en utfordring for rekruttering og gjenværende i mange avdelinger. Alle vil ha fri mandag eller fredag og de fleste ønsker lange ferier i sommerhalvåret.*

## **7.11 Oppsummering**

KS ønsket svar på følgende spørsmål: Hvilke resultater oppnår man ved dagens virkemiddelbruk? Er tidsbruken ved dagens virkemidler for store/passe i forhold til resultatene man oppnår?

Det er naturlig nok stor variasjon i hvor god effekt virkemidlene oppleves å ha ute i de enkelte kommunene. En stor andel av personallederne, hovedverneombudene og hovedtillitsvalgte erfarer at særlig tilretteleggingstilskuddet har effekt på sykefraværet. Funnene i kommunene er i tråd med

funnene i evalueringen av tilretteleggingstilskuddet som nylig er publisert (Lippestad og Ose, 2013). Litt over halvparten av tilretteleggingstilskuddet går til kommunene. Det kan argumenteres for at det er riktig, fordi det er kommunene som har det høyeste sykefraværet.

Kartleggingen viser også at en stor andel mener også at kontaktpersonen ved NAV Arbeidslivssenter betyr mye, men det er færre hovedverneombud og hovedtillitsvalgte enn personalledere som mener dette. Det kan komme av at det i stor grad er ledelsen som har kontakt med NAV Arbeidslivssenter. Det er mange av ansattrepresentantene som ikke kjenner til refusjon av BHT-honoraret og det er kanskje naturlig siden det er ledelsen og BHT som søker om dette. Utvidet egenmelding har derimot ansattrepresentantene betydelig oftere tro på enn personallederne. Dette kan ha sammenheng med at personallederne ser at det svært ofte brukes sykmelding i egenmeldingsperioden, se kapittel 7.

Av de indirekte virkemidlene, de som ikke er en del av avtalen, men som har kommet som følge av IA-samarbeidet, er det blandede erfaringer med. De indirekte virkemidlene er primært oppfølgingsregimet og graderte sykmeldinger. De aller fleste personalledere erfarer at starten på oppfølgingsregimet med utvikling av oppfølgingsplan og gjennomføring av dialogmøte har effekt på sykefraværet. Det er mange færre som mener BHT sin deltakelse på dialogmøte 1 har effekt, og hver femte leder sier at dette ikke har noen effekt på sykefraværet. Godt over halvparten av personallederne mener at legens deltakelse på dialogmøte har stor effekt på sykefraværet, og kun seks prosent mener det ikke har effekt. Helt motsatt effekt finner vi i forhold til rapporteringen fra arbeidsgiver til NAV, her mener kun seks prosent at det har stor effekt på sykefraværet. Over halvparten mener at dette har ingen effekt på sykefraværet. Tilsvarende finner vi for sanksjonene mot arbeidsgiverne - få tror dette har effekt på sykefraværet. Det er heller ikke så mange som mener at sanksjonene mot legene (for å ikke møte opp på dialogmøte 1) har særlig effekt på sykefraværet, men her er det mange som er usikre og svarer at de ikke vet. Dette er naturlig nok vanskelig å vurdere. Sanksjoner mot sykmeldte dersom de ikke medvirker, er det derimot mange personalledere som har tro på. Dette er også relatert til den store andelen personalledere som mener at karensdager vil ha stor effekt på sykefraværet.

Når det kommer til nye potensielle virkemidler for de tre delmålene var det få forslag som kom på bordet gjennom intervjuene. Det er sannsynligvis lettere å svare på slikt fremfor en pc, når man får tenkt seg om litt og kan formulere det skriftlig. Det kom inn 160-170 forslag på hvert av de tre åpne spørsmålene, ett for hvert delmål.

I forhold til sykefravær, var det mest sentrale forslaget innføring av karensdag. 80 prosent av personallederne svarer at de har tro på dette tiltaket. Det var også mange som var opptatt av virkemidler som gjør at lederen får mulighet til kontakt med den ansatte før sykmeldingen skrives ut. Revitalisering av avventende sykmelding, at det skulle brukes i mye større grad enn i dag, ville langt på vei oppfylt dette behovet. En annen mulighet er at legen i liten grad skriver ut sykmelding i egenmeldingsperioden, men ber den ansatte heller levere egenmelding. Da kunne arbeidsgiveren fått mulighet til å komme på banen med tilretteleggingstiltak før en eventuell sykmelding. Dersom bruken av egenmelding for fravær under 8 dager øker, vil det også være mulighet for å disiplinere mer av korttidsfraværet gjennom å bruke retten til å ta i fra ansatte retten til egenmeldinger dersom det mistenkes misbruk av ordningen. Dette vil sannsynligvis være et mer treffsikkert tiltak enn innføring av karensdager, som vil ramme alle.

I forhold til delmål 2 i IA-avtalen om å inkludere flere med redusert funksjonsevne, er det mange personalledere som svarer at de allerede har mange med behov for tilrettelegging. Hvem personer med "redusert funksjonsevne" er, kan være vanskelig å definere. Noen ser for seg de som har en fysisk funksjonshemming og kanskje sitter i rullestol. Denne gruppen ser ikke ut til å være et tema i noen av de over 200 kommunene som har svart på undersøkelsen. De sier de sjelden eller aldri får jobbsøknader fra denne gruppen og at om de får det, vurderer de kompetansen på linje med alle andre. Når det gjelder den vanskeligste gruppen, mennesker med psykisk lidelser og problemer ofte kombinert med lav kompetanse, sier lederne at det vil være vanskelig å inkludere disse uten statlige støtteordninger begrunnet med den økonomiske situasjonen i kommunene.

I forhold til delmål 3 i IA-avtalen, finner vi litt parallelt til delmål 2, at det er svært mange personalledere som mener at avgangsalderen er mer enn høy nok i kommunen og at de lykkes godt med å beholde folk lenge i arbeid. Få er opptatt av de økonomiske virkemidlene utover insentivene i pensjonssystemet, men de sier at et godt arbeidsmiljø, passende oppgaver (interessante og utfordrende oppgaver eller mindre krevende enn før) og fleksibilitet i arbeidstid er viktigere. I kommuner som har vanskelig for å opprettholde befolkningsveksten, kan det være et dilemma å beholde seniorer når de ønsker at unge skal flytte dit og få jobbe i kommunen. At dagens generasjon seniorer har god økonomi og ønsker mer fritid, trekkes også frem som en forklaring på at noen går av tidligere enn de kanskje burde.

Delmål 2 og 3 har dermed ikke veldig stort fokus i kommunene, men med å definere bedre målgruppen for delmål 2, vil det være lettere å komme med forslag.



# Referanser

A L Kirkengen E Ulvestad (2007) *Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv*

Aronsson G, Gustafsson K, 2005. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med* 47:958-966, 2005.

Aronsson, Gustafsson, Dallner, 2000. Sick but yet at work. An empirical study of sickness

Avolio Bruce J., Gardner William L, 2005. "Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership" Gallup Leadership Institute, College of Business Administration, University of Nebraska-Lincoln, NE, United States.

Barney Jay B, 2001. *Resource-based theories of competitive advantage: A ten-year retrospective on the resource-based view* *Journal of Management* December 2001 27: 643-650,

Barney Jay B., 1986. *Organizational Culture: Can It Be a Source of Sustained Competitive Advantage?* Page 656 of 656-665

Baron Robert A. Neuman, 1996. *Workplace Violence and Workplace Aggression: Evidence on Their Relative Frequency and Potential Causes* Department of MP&O, Rensselaer Polytechnic Institute, Troy, New York (R.A. B.);

Biørn, Erik, Simen Gaure, Simen Markussen, og Knut Røed, 2012. The rise in absenteeism: Disentangling the impacts of cohort, age and time. *Journal of Population Economics*:1-24.

Bogen, Hanne og Anne Inga Hllsen, 2013. *Seniorpolitikk under skiftende forhold. Gjenbesøk i seks kommuner.* nr. Fafo-rapport 2013:07: Fafo.

Bogen, Hanne og Tove Midtsundstad, 2007. *Noen år til? Erfaringer med seniorpolitikk i seks kommuner.* nr. Fafo-rapport 2007:28,Oslo: Fafo.

Bratberg, Espen, Tor Helge Holmås, M Kamrul Islam, og Kjell Vaage, 2010. *Teacher sickness absence in primary schools. A panel data multilevel analysis.* Vol. 1/10, *Working paper, Department of Economics, University of Bergen* Bergen.

Brattlid, Ingunn (2010) «Et møte mellom det strategiske og det kommunikative» . Bibsys Høgskolen i Østfold.,

Bredgaard, T., 2004. Virksomheders sociale ansvar – fra offentlig politik til virksomhedspolitik. Doktoravhandling, Aalborg Universitet.

Bråten, Stein, 1998. *Kommunikasjon og samspill*, Tano Aschehoug.

Chan David W, 2006. *Emotional intelligence and components of burnout among Chinese secondary school teachers in Hong Kong* *Teaching and Teacher Education* 22 (2006) 1042–1054 Department of Educational Psychology, the Chinese University of Hong Kong, Shatin, NT, Hong Kong

Chatterji M, Tilley CJ, 2002. Sick, absenteeism, presenteeism, and sick pay. *Oxford Economic Papers-New Series* 54:669-687, 2002.

Dahl, Svann-Åge, Tor Helge Holmås, Frode Skjeret, og Egil Kjerstad, 2007. *En kartlegging av holdninger til sykefravær i Norden. SNF-rapport nr. 23/07* Bergen.

Dale-Olsen H (2009): Absenteeism, efficiency wages and economic. Paper presentert ved National Institute of Economic and Social Research (NIESR) i London, 9.12.2008, og ved ESPE 2009 i Sevilla, 10-12.6.09.incentives

Dale-Olsen, Harald, Kjersti Misje Nilsen, og Pål Schøne, 2011. *Imitation, Contagion, and Exertion—Do Colleagues' Sickness Absences Influence your Absence Behaviour?* : ISF Working paper 2010: 010.

- Dew K, Keefe V, Small K, 2005. 'Choosing' to work when sick: workplace presenteeism. Soc Sci
- Dyrstad JM, N.Lysø, 1998. Økonomiske faktorer bak sykefraværet. Norsk Økonomisk Tidsskrift 112: 1998.
- Dyrstad JM, S.O.Ose, 2003. Worker absenteeism: Discipline or composition effects? WP Institutt for samfunnsøkonomi NTNU . 2003.
- Dyrstad JM., 1999. Påvirker endringer i sykelønnsordningen sykefraværet? Søkelys på arbeidsmarkedet 16. 1999.
- Einarsen Ståle, Skogstad, Anders, 2001. *Det gode arbeidsmiljøet, krav og utfordringer* Fagbokforlaget Vigmostad&Bjørke AS.
- Esping-Andersen G, 1999. Social Foundations of Post-industrial Economics. New York, Oxford
- Esping-Andersen G, 2006. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton, Princetown
- Fevang, Elisabeth, Simen Markussen, og Knut Røed, 2011. *The sick pay trap*. Discussion paper series//Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit.
- Fleten N, Krane L & R Johnsen (2009): Utvidet egenmelding – en vei mot riktigere sykefravær? Norsk Epidemiologi 2009; 19 (2): 223-228
- Flinkfeldt, Marie, 2011. 'Filling one's days': managing sick leave legitimacy in an online forum. *Sociology of Health & Illness* 33 (5):761-776.
- Fougchault (1999) Overvåkning og straff, utgave 3, Olso, Gyldendal forlag
- Glasø, L., Ekerholt, K., Barman, S. & Einarsen, S. (2006). The instrumentality of emotions in leader-subordinate relationships. *International Journal of Work Organization and Emotion*, 1, 255–276.
- Glasø, L., Ekerholt, K., Barman, S. & Einarsen, S., 2006. The instrumentality of emotions in leader-subordinate relationships. *International Journal of Work Organization and Emotion*, 1, 255–276.
- Goleman, Daniel, 2005. *Positiv ledelse, den emosjonelle intelligensens makt*. Dam forlag, 2. Opplag.
- Goleman, Daniel, Cerniss, Kary (2001), *The emotionally intelligent workplace*. Jossey-Bass, A Wiley Company San Francicko
- Habermas, Jürgen, 1999. *Kommunikativ handling, moral og rett*. Tano Aschehoug
- Habermas, Jürgen, 1999. *Kraften I det bedre argument*. Gyldendal
- Halvorsen, Knut, 2011. Undermineres arbeidsviljen av velferdsstaten? *Tidsskrift for velferdsforskning* 14 (4):220-234.
- Haugli, Liv, Silje Maeland, og LivH Magnussen, 2011. What Facilitates Return to Work? Patients Experiences 3 Years After Occupational Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation* 21 (4):573-581.
- Helstrup T, Nielsen G, Raaheim K, Svendsen D, Teigen K.H, 1975. *Grunnbok i psykologi 2*, JW Cappelsens Forlag AS
- Henrekson M, Persson M, 2004. The effects on sick leave of changes in the sickness insurance
- Hermansen, Åsmund, 2011. *Pensjonering før fylte 67 år. Tidligpensjonering og bruk av AFP innen KS' tariffområde 2002-2009*. nr. Fafo-rapport 2011:23.
- Hyggen, Christer, 2007. *Tidligpensjonering og AFP. Pensjonering før fylte 67 år innen KS' tariffområde 2002-2006*.
- Isaksson, Rø Karin E, Gude Tore, Tyssen Reidar b, Aasland Olaf G., 2010. *Bournout, A self-referral preventive intervention for burnout among Norwegian nurses: One-year follow-up study* Modum Bad,



NO-3370 Vikersund, Norway

Jacobs Ruth L. (2001) *USING HUMAN RESOURCE FUNCTIONS TO ENHANCE EMOTIONAL INTELLIGENCE* Jossey-Bass, A Wiley Company San Francisco

Jacobsen & Thorsvik, (2007) «Organisasjon og ledelse» Universitetsforlaget.

Johansson P, M.Palme, 2002. Assessing the effect of public policy on worker absenteeism. The

Johansson, P og M Palme, 2005. Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics* 89 (9–10):1879-1890.

*Journal of Human Resources* 37: 2002.

Kaufmann G & Kaufmann A, 2009. *Psykologi i organisasjon og ledelse* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kirkengen AL, E Ulvestad, 2007. *Overlast og kompleks sykdom – et integrert perspektiv*

Kirkengen, Anna Louise: *Hvordan krenkede barn blir syke som voksne*, 2005. Universitetsforlaget.

Kivimaki M, Head J, Ferrie JE, et al, 2003. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 327:364, 2003.

Kolstad A, 1999. Effects of changing government policies on sickness absence behaviour. 14/99. 1999. NOVA. Rapport 14/99.

Kvålshaugen, Ragnhild, 2007. *Autentisk ledelse en effektiv lederstil?* MAGMA 5/2007

Lien, Lise, 2013. "Saman om" sykefravær - en kunnskapsstatus. Notat for programmet "Saman om ein betre kommune". nr. Fafo-notat 2013:02.

Lind, E., 2001. *Medkompis, medling, konflikthantering i skolan*. Jönköping: Brain books.

Margalit, A, 1996. *The decent society*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Markel, K. and L. Barclay, 2009. "Addressing the Underemployment of Persons with Disabilities: Recommendations for Expanding Organizational Social Responsibility." *Employee Responsibilities and Rights Journal* 21(4): 305-318.

Markussen S (2007): Trade-offs between health and absenteeism in welfare states: striking the balance. Memorandum no 19/2007.

Markussen, Simen og Ole Røgeberg, 2012. Sykefravær rundt større livshendelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 132 (10):1231-4.

Markussen, Simen, Arnstein Mykletun, og Knut Røed, 2012. The case for presenteeism — Evidence from Norway's sickness insurance program. *Journal of Public Economics* 96 (11–12):959-972.

Martin, C. J., 2005. "Corporatism from the firm perspective: Employers and social policy in Denmark and Britain." *British Journal of Political Science* 35: 127-148.

Mc Evens BC, 1998. Protective and damaging effect of stress mediators *N Egl J Med* 338:171 – 9.

Mc Evens BC: 1998, Protective and damaging effect of stress mediators *N Egl J Med* 338:171 – 9.

*Med* 60:2273-2282, 2005.

Merleau – Ponty M (1998) s 57 *Phenomenology of perception*. London Routledge

Merleau – Ponty M, 1998. s 57 *Phenomenology of perception*. London Routledge

Midtsundstad, Tove og Roy A. Nielsen, 2013. *Arbeid, pensjon eller begge deler? En analyse av kommunalt ansattes pensjoneringsadferd*. nr. Fafo-rapport 2013:12.

Midtsundstad, Tove, 2006. *Pensjonering før fylte 67 år. Tidligpensjonering og bruk av AFP innen KS'*

tariffområde 2002-2004. nr. Fafo-rapport 509.

Moland, Leif E. og Rolf K. Andersen, 2007. *Hva gjør norske kommuner med deltid?* nr. Fafo-rapport 2007-25.

Ness RB, Cauley JA, 2004. Antibiotics and breast cancer – What the meaning with this? JMA 2004:291:880-1

Ness RB, Cauley JA. Antibiotics and breast cancer – What the meaning with this? JMA 2004:291:880-1

Nielsen, Morten B, Hetland Jørn, Matthiesen Stig B, Einarsen, Ståle, 2012. *Longitudinal relationships between workplace bullying and psychological distress*. Scand J Work Environ Health. 2012;38(1):38–46. doi:10.5271/sjweh.3178

Norvoll, Reidun (2007) *Det lukkede rom*, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo

Norvoll, Reidun, 2007. *Det lukkede rom*, Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo

NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv. Norges offentlige utredninger, Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsavdelingen.

Ose SO, Haus SR, Pettersen I, Jensberg H og Paulsen B, 2009. Mestring og trivsel blant hjelpepleiere i norske kommuner: Analyser basert på informasjon fra nesten 10 000 hjelpepleiere. SINTEF rapport A12594.

Ose S O, Brattlid I, Haus-Reve S, Mandal R, Bjerkan A M, 2011. Inkluderende arbeidsliv i kommunene: Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester. SINTEF rapport A18235.

Ose SO, Bjerkan A M, Hem K G, Johnsen A, Lippestad J, Paulsen B, Mo T O, Saksvik P.Ø., 2009. Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). SINTEF rapport A11947.

Ose SO, Haus-Reve S, Mandal R & I Pettersen, 2011. Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidsmarkedet* 4/2011. pp 335-354.

Ose SO, Kaspersen SL, Haus-Reve S, Mandal R, Jensberg H & J Lippestad, 2012. Sykefravær – gradering og tilrettelegging. SINTEF rapport A223973.

Ose, Solveig Osborg, Karin Dyrstad, Ingunn Brattlid, Rune Slettebak, Heidi Jensberg, Roland Mandal, Jan Lippestad, og Ivar Pettersen, 2013a. *Oppfølging av sykmeldte - fungerer dagens regime? Oppfølgingsplaner, dialogmøter, rapportering, kontroller og sanksjoner*. SINTEF-rapport nr. A24297.

Ose, Solveig Osborg, Karin Dyrstad, Rune Slettebak, Jan Lippestad, Roland Mandal, Ingunn Brattlid, og Heidi Jensberg, 2013b. *Evaluering av IA-avtalen (2010-2013)*. SINTEF-rapport A24444.

Otterbeck, Lars Christian, 2011. *Det smittsomme sykefraværet*, Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo, Oslo.

Pettersson-Lidbom, P and P. S. Thoursie, 2013. Temporary Disability Insurance and Labor

Piko, Bettina F, 2006. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43 (2006) 311–318

Porter Michael E, 1980. *Competitive Strategy* New York, Free Press

presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54: 2000.

Ravneberg, Bodil, 2011. *Mellom penger og pedagogikk. Om læreres opplevelse av sykefravær i den videregående skolen*. nr. Rapport 1-2011, Begn: Uni Rokkansenteret.

- Rieck, Karsten Marshall Elseth, Kjell Vaage, og Tor Helge Holmås, 2012. Social Interactions at the Workplace: Exploring Sickness Absence Behavior. *Memo, Dept. of Economics, University of Bergen*.
- Riksförsäkringsverket, 2003. Att förhindra och förkorta sjukfrånvaro. *Analyserar 2003:16*.
- Saksvik, P. Ø., Torvatn, H. & Nytrø, K., 2003. Systematic occupational health and safety work in Norway: A decade of implementation. *Safety Science*, 41, 721-738.
- Salovey, P., & Mayer, J. D., 1990. *Emotional intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Schein, Edgar (1994). «Organisasjonskultur, er kulturendring mulig
- Semmer N.K., 2003. Individual differences, work stress and health. In: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL, editors. *The handbook of work and health psychology*. John Wiley & Sons, LTD.p 83-121.
- Semmer N.K., 2006. *Job stress interventions and the organization of work*. *Scand J Work Environ Health* 2006;32(6,special issue):515-527.
- Skivik, (2009) «Relasjonell ledelse». Gyldendal forlag
- St.meld. nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Steiner, C., & Perry, P., 1997. Achieving emotional literacy: A personal program to increase emotional intelligence. New York: Avon.
- Supply: Evidence from a Natural Experiment. *Scand. J. of Economics* 115(2), 485-507, 2013
- Svensson, Tommy, Agneta Karlsson, Kristina Alexanderson, og Cecilia Nordqvist, 2003. Shame-Inducing Encounters. Negative Emotional Aspects of Sickness-Absentees' Interactions with Rehabilitation Professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation* 13 (3):183-195.
- system. *Journal of Labor Economics* 22:87-113, 2004.
- Torvatn, H., U. Forseth, & Andersen, T., 2007. Partner for arbeidsmiljø: det norske verneombudets rolle og funksjon Trondheim, SINTEF, Teknologi og samfunn, Ny praksis.
- Trygstad, Sissel C, 2009. *Endringer i norske kommuner og konsekvenser for ansatte. Delrapport 4 Liv og arbeid - mulighetenes arbeidsliv for alle? Et prosjekt om forutsetningene for et bedre og lengre yrkesliv*. nr. Fafo-rapport 2009:14.
- Werner, Anne, Lise Widding Isaksen, og Kirsti Malterud, 2004. 'I am not the kind of woman who complains of everything': Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Science & Medicine* 59 (5):1035-1045.
- Worrall, L., & Cooper, C. L., 1995. Executive stress in different industrial sectors, structures, and sizes of business. *Personnel Review*, 24(7), 3-12.



# Summary and conclusions

In this project we were asked to provide answers to the following research questions:

- How can a clearer connection between HSE (health, safety, and environment) work and IA make the IA agreement more efficient? What are the challenges related to the distribution of roles and responsibilities?
- In which ways can culture and attitude change be prerequisites to obtain the objectives laid out in the IA agreement?
- How can different models of financing the sick-pay scheme for employers and employees contribute to increased presence and scope of action?
- Do the employers in the municipal sector feel that they have sufficient and adequate means in their IA work, and if not, what other means would be beneficial?
- Which results are obtained with the current means? Is the time spent with the available means adequate relative to the results obtained?

The main sources of data are interviews with various participants in 20 municipalities and a survey that all municipalities were invited to take part in. In the 20 municipalities we interviewed deputy mayors, local government officials, managing directors, HR and personnel managers, HSE/IA contacts, the main safety deputy, trade union representatives, occupational health service (OHS), local NAV (Norwegian Labour and Welfare Service) officers, and NAV Working Life Centre consultants. Both focus group interviews and individual interviews have been conducted. We have interviewed 87 respondents in total. The interviews have been transcribed, coded, and analyzed by various methods. Towards the end of the project period (July/August/September) we conducted an electronic survey in the municipalities. The response rate was good. Among the respondents were 203 personnel managers (47%), 606 primary trade union representatives (78% of the municipalities are represented) and 142 safety deputies (33%). Among the larger municipalities, 77 % of the HR managers responded, so larger municipalities are overrepresented. The report contains many references to relevant research and a large extent of quotations from interviews to provide depth to the content. Therefore, this is an extensive report intended to offer a commentary to the continued development of the IA work in the municipalities.

## General findings

---

For the most part, the municipalities appear to be inclusive workplaces. Managers generally work hard, both in the follow-up of sick-listed employees, in preventive work, and in their efforts to maintain employees that are at risk from falling out of working life. To a large extent, managers and personnel managers feel that they a social responsibility toward the community in keeping people in working life.

A majority of the respondents have trust in the IA agreement, especially employee representatives. 1 out of 5 personnel managers report a personal lack of belief in the agreement, while the same number answer that they don't know if they believe in the agreement. We think this is largely about the discontent concerning the reporting to NAV when a spell of sickness absence reaches 9 weeks. Moreover, it is also because they feel that employers are given a large responsibility to accommodate for sick-listed employees. The fact that the employees have a greater belief in the agreement could be due to the increased employee rights entailed in the agreement, without a

corresponding change of duties. For the employer, the IA agreement has involved a notably larger responsibility once the employees are on sick leave.

Most likely, there are some municipalities and units that can offer more in terms of preventive work, accommodation, and follow-up, but as a general rule, it seems that the existing possibilities in the workplace are utilized. In general, we find that NAV has quite high expectations to the individual municipality, but there is considerable variation between NAV consultants and offices in terms of what is perceived as the limit for employer responsibility of workplace adaptations.

With regards to personnel management, several municipalities are increasingly strict in the municipal practice of long-term leave of absence due to illness. 1 out of 4 personnel managers say they now, more than before, offer shorter leaves of absence after the rights to sickness benefit have been exhausted. The prevailing attitude is that it is preferential to assist people in finding a new job, rather than offering them a long-term leave from a position to which they cannot return. Regulations, means, and collaboration with NAV appear to represent the potential for development in these cases.

The requirement of a close follow-up of people on sick leave and a strict obligation to provide workplace adaptation has meant an alteration of the manager role. Because managers have to adapt so much it is necessary to get a lot of information from the person on sick leave. The sick-listed employees are generally open about their own health as well as family situation, but this can challenge the divide between work and private life.

The municipalities' IA work takes place within a different setting than many other IA enterprises, because the municipalities to a larger degree have to relate to governmental provisions and areas of commitment. The priority plan for public health and the Coordination Reform make the municipalities create positions and roles in preventive work, fitness program, and public health. In addition, they have people inside the municipality working in IA, HSE, quality systems, and other issues. Therefore, several municipalities have a need to coordinate the activities and for a more overall approach in order to get better effects from the efforts. Perhaps it is also high time to view internal and external activity in a closer connection in the municipalities.

### **The connection between HSE and IA**

---

If IA and HSE are not seen in connection to each another, the personnel management will handle everything related to IA (follow-up of employees on sick leave, adaptation, and inclusion), while the safety services/HSE service deal with things related to HSE (internal control, safety work, and work environment).

The challenge is often the distribution of roles between the safety deputy and the employee representatives, because traditionally, the safety deputies belong to the HSE sector, while the employee representatives are included in the IA work. There are still some weaknesses to the employee representatives' involvement in the IA work, most likely due to their traditional role with regards to salary and conditions of employment. As the scope for the representatives' involvement appears to be unchanged, while the pressure on other tasks, such as the conditions of salary and employment remains the same, it is most likely hard to expect more involvement in municipal IA work from the representatives. The main representatives have to a larger extent been given more time, but the IA work is to happen out in the departments. This is one of the challenges connected to

roles and responsibilities, which can contribute to explaining why close to half of the municipal representatives feel that they are not sufficiently involved in the IA work in the municipalities. Less than half of the main representatives find that the distribution of assignments and responsibility between safety deputy and representatives in the IA work is clarified, so there is a need for a clarification of roles in many municipalities.

The regulation for HSE is largely developed for the industry and it should be assessed whether the HSE content could be adjusted in order to be more relevant for the municipalities. Nevertheless, we conclude that the IA work in the municipalities can be seen as an extension of the HSE work, where HSE represents the long-term and systematic endeavor performed in order to prevent people from becoming ill or injured, whereas IA work is what is done when people get sick or needs workplace adaptations and inclusion.

### **Culture and changes of attitude**

---

Systematic work on workplace culture and attitudes is a prerequisite for reaching the targets of all of the three objectives in the municipal IA agreement. Management is a decisive factor in this endeavor. Many municipalities have a weak foundation of IA and HSE in their overall management strategy. Managers on all levels need to assist in getting to know each other's roles as well as the opportunities they have to affect culture and attitude.

Many municipalities are too slow in taking action in a situation where a manager is not functioning. We observe a systematically higher percentage of medical certificated sick leave in municipalities where the personnel manager answers that they are not quick enough to act in situations where the manager is not functioning. We also find that a lack of openness on different perceptions of reality regarding management and work environment can cause "corridor chatter", something which often remains underreported in work environment surveys.

The municipal sectors with the highest sickness absence are the services for nursing and care and kindergartens. Common for these workplaces is a high share of female employees, a close contact with users, and service areas that play a key role in the work on public health. In general, little research exists on these workplaces and on women's health in working life in general.

### **The sick-pay scheme**

---

We suggest that the changes made in the sick-pay scheme primarily should be a tightening of the use of self-certificated absence where the managers feel there is a frequent and non-legitimate absence; this as an alternative to a tightening of the sick-pay scheme by introducing qualifying days, something which 80 % of personnel managers believe will reduce absence due to illness. The introduction of qualifying days implies a risk of longer absences, and therefore an increase in the total absence. A stronger enforcement of the employer's statutory right to withhold the employee's right to personal declarations will to a larger extent affect targeted individuals. Frequent and non-legitimate shorter absences are more of an exception than a rule, and this is a problem related to certain employees, not the overall staff. Few personnel managers and employee representatives believe that a tightening of the sick-pay scheme on the part of the employer will lead to lower absence in the municipalities. This is in line with previous findings from Sintef, where we concluded that a tightening on the employer's side would lead to a reduced willingness to inclusion, rather than

a focus on preventive work to stop an increase of cost. One reason for that is that preventive work is difficult, and little documentation exists on the potential of prevention.

### **Means in the IA agreement**

---

There is large variation among municipalities in the effect of the IA measures. A large share of the personnel managers, main safety deputies, and employee representatives find that the adaption subsidy in particular has an effect on the absence. Slightly more than half of the total granting of adaption subsidies is given to the municipalities. Arguably, this is a correct allocation of subsidies, as the municipalities also have the highest sickness absence. Moreover, we find that a large percentage of the respondents attribute great importance to having a contact person at NAV Working Life Centre. However, fewer main safety deputies and representatives feel this than personnel managers. This discrepancy could be because in practice, the management has the most dealings with NAV Working Life Centre, even if the Centres put emphasis on including both employee representatives and managers when they are in touch. Many of the employee representatives do not know about the possibility of refunding the OHS fee, which is natural since it is the manager and the OHS who apply for it. On the other hand, the employee representatives believe in the extended self-certification more often than the personnel managers do. This could have something to do with that the personnel managers experience that many employees get a sick leave certificate also within the self-certification period anyway.

There are mixed feedbacks as to the indirect instruments not following as part of the agreement, but which have occurred as a consequence of the IA collaboration. The indirect instruments are primarily the follow-up regime and the use of graded sick leave. Most personnel managers find that developing a follow-up plan and the dialogue meeting 1 in the beginning of the follow-up regime have a good effect on the absence. Fewer still feel that the OHS' participation in dialogue meeting 1 has any effect, while well over 50 % of the personnel managers feel that the doctor's presence in dialogue meeting 1 has an effect on the absence. Few find that the reporting from employer to NAV has any effect on the absence. We observe a similar trend with the sanctions placed upon the employer: few believe that this has any effect on the absence. On the other hand, many personnel managers believe in sanctions placed upon the person on sick leave if they don't cooperate. This is also connected to the large share of personnel managers who have faith in the qualifying days as a means to reduce absence. There are also mixed experiences with graded sick leave. In some places, this works well, while others face considerable challenges. Previously, we have concluded that the graded sick leave leads to a decrease of absence (statistical correlation), but that the increased use of graded sick leave has shifted the costs of absence from the national insurance scheme to the employers (lack of productive work assignments to do for a person with adaption, the problem of finding a stand-in to cover the percentage of the person on graded sick leave, adaption for one person leads to increased workload for others, for example).

Concerning new potential instruments for the 3 sub-goals, a number of people suggested the introduction of qualifying days in reference to sub-goal 1 (reduction of absence). Many are also preoccupied with instruments enabling the manager to connect with the employee *before* the sick leave certification is signed, in order to consider adaption. The revitalization of the awaiting sick leave certification would come a long way in meeting the criteria. Another possibility is that the general practitioner limits his or her writing of medical certificate in the self-certification period, but rather asks the employee to hand in a personal declaration. In this way, the employer could initiate



adaption measures before the leave of absence occurs. If the use of self-certification for absence shorter than 8 days increases, there will also be an opportunity to spend more of the short absences by using the right to revoke the employee's right for personal declarations if a suspicion exists that there is a misuse of the scheme mentioned above.

With regards to sub-goal 2 of the IA agreement to include more people with reduced functional ability, many personnel managers answer that they already have several employees who are in need of workplace adaption. It can be difficult to define who people with "reduced functional ability" are. Some imagine that they are people with a physical handicap who perhaps sit in a wheelchair. This particular group seems to not be a topic in some of the over 200 municipalities that have responded to the surveys. They say that they rarely or ever get applications from this group and that if they do they assess their competence on the same level as the rest of the applicants. Concerning the most difficult group; people with mental disorders and psychological distress, often in combination with a few formal qualifications, the managers say it will be difficult to include these without governmental subsidies. The reason they provide is the financial situation in the municipalities. Parallel to sub- goal 2 in the IA agreement, we find that for sub-goal 3, many personnel managers feel that the time of retirement is more than high enough in the municipality and that they succeed in keeping people at work for a long time. Few are preoccupied with the economic instruments beyond the pension system incentives, but say that a good work environment, suitable job assignments (interesting and challenging tasks or less demanding) and flexibility in the work schedule is more important. Thus, sub-goal 2 and 3 are not in so much focus in the municipalities, but by better defining the target group for sub-goal 2 it will be easier to see which measures are necessary.

**All in all, we conclude that many efforts are made in IA work in the municipalities, but there remains a lot of unrealized potential that could be used to reduce unnecessary absence. If the wrong means are used and too much pressure put on reducing absence, the spirit for inclusion in the municipalities can end up being diminished. In this way, it can be more difficult to obtain the overall goal of an inclusive working life.**