

# Samarbeid om redusert sykefravær i prosessindustrien

---

av

Hans Christoffer Aargaard Terjesen & Anne Inga Hilsen

AFI-FoU 2013

## Forord

Dette prosjektet ble først ledet av seniorforsker Anne Inga Hilsen, som overlot stafettpinnen videre til forsker Hans Christoffer Aargaard Terjesen våren 2011. Terjesen har siden vært prosjektleder. Begge forskerne var involvert i arbeidsplasskartleggingene, men Hilsen var mest involvert i dette første arbeidet. Den første delen av denne rapporten (som omhandler de bedriftsspesifikke funnene) baserer seg derfor primært på hennes dokumentasjon, men dette er bearbeidet og omskrevet av Terjesen i forbindelse med utformingen av denne sluttrapporten. Analysen av nettverksarbeidet og de påfølgende konklusjoner er det Terjesen som har skrevet alene. Helhetlig er det altså Terjesen som har ført denne sluttrapporten i penn. Anne Inga Hilsen og Hans Christoffer Aargaard Terjesen kan altså dele æren, mens Terjesen er den som påtar seg ansvaret for rapporten i sin helhet, om annet enn ære og berømmelse skulle utdeles.

Prosjektet ble finansiert av NHO Arbeidsmiljøfond, som generøst har bidratt med midler i to omganger, og prosjektledelsen vil benytte anledningen til å takke NHO Arbeidsmiljøfond for å ha bidratt til dette viktige arbeidet.

De fem virksomhetene som har deltatt i prosjektet har vært Yara, Noretyl, Ineos Norge, Ineos Bamle og Eramet. Prosjektledelsen vil takke for at virksomhetene har latt seg utfordre og engasjere.

Prosjektet har blitt ledet og gjennomført i tett samarbeid med Arild Ljådal (NHO Telemark) som har vært prosjektansvarlig og Bjørn Hansen (NAV Telemark). Prosjektleder vil gjerne takke begge for et utmerket samarbeid. Det har vært en stor glede å jobbe med så dyktige, engasjerte og kunnskapsrike mennesker!

Oslo 19. februar 2013

Hans Chr. Aargaard Terjesen

Anne Inga Hilsen

## Innhold

1. Utgangspunktet for prosjektet .....	5
2. Lokale situasjonsanalyser (høsten 2010).....	6
2.1 Resultatene av kartleggingen .....	6
2.2 Varierende sykefravær .....	6
2.3 Skiftgående har høyere sykefravær .....	7
2.4 Forskjellige rutiner, forskjellig praksis.....	8
2.5 Langtidsfravær og fastlåsing.....	8
2.6 Organisering og sykefraværarbeid.....	9
2.7 Sykefravær og gravide .....	10
2.8 "Det er noe med det korte fraværet..." .....	11
2.9 Fra fysiske til psykiske belastninger .....	12
3. Felles tiltak/nettverkssamlinger (januar 2011 – desember 2012) .....	13
3.1 Temasamlingene: Erfaringer fra arbeid i nettverk .....	14
4. Intervensjon.....	22
5. Resultater .....	23
5.1 Resultater del I: Bedriftenes tilbakemeldinger .....	23
5.2 Resultater del II: Tallenes tale .....	25
5.3 Resultater del III: Har prosjektet virket etter hensikten?.....	26
6. Konklusjon .....	27
Litteratur: .....	28

## Sammendrag

Denne rapporten er en sluttrapport fra prosjektet "Samarbeid om redusert sykefravær i industrien". Prosjektet ble iverksatt høsten 2010 og avsluttet i desember 2012. Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) har hatt prosjektledelsen, først ved seniorforsker Anne Inga Hilsen, deretter ved forsker Hans Christoffer Aargaard Terjesen. NHO Telemark ved Arild Ljørdal har vært prosjektansvarlig. I tillegg til dette har Bjørn Hansen ved NAV Arbeidslivssenter Telemark vært en del av den samlede prosjektledelsen sammen med AFI og NHO.

Prosjektet har helhetlig blitt finansiert av NHO Arbeidsmiljøfond. Denne rapporten oppsummerer aktivitetene i prosjektet, henholdsvis resultatene fra de første arbeidsplassanalysene til erfaringene og resultatene av nettverkssamlingene som ble arrangert i hensikt å redusere sykefraværet i deltakerbedriftene.

Denne rapporten kan vise til et vellykket eksempel på samarbeid mellom virksomheter, som i fire av fem tilfeller resulterte i redusert sykefravær.

## 1. Utgangspunktet for prosjektet

Dette prosjektet ble til gjennom et samarbeid mellom prosessindustrien i Grenland, organisert i IndustriCluster Grenland (ICG), NHO Telemark, LO Telemark, Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) og NAV Arbeidslivssenter Telemark. Prosjektet ble helhetlig finansiert av NHOs Arbeidsmiljøfond.

Det finnes i dag en rekke forskjellige tilnærminger, verktøy og modeller for sykefraværarbeid, men det finnes lite kunnskap i bedrifter til å vurdere hvilken tilnærming som egner seg best i deres konkrete situasjoner. Dette prosjektet har derfor samlet fem store industribedrifter, slik at de kan lære av hverandres praksiser og erfaringer med hensikt å senke sykefraværet i hver enkelt virksomhet. Hensikten med prosjektet har altså vært å bidra med praktisk kunnskap som kan hjelpe bedriftene i deres fortsatte arbeid for å redusere sykefraværet. Prosjektets korte og presise hovedmål har altså vært å redusere sykefraværet.

Prosjektets overføringsverdi for industrien, og arbeidslivet generelt, er at det kan bidra med praktisk anvendelig kunnskap som kan hjelpe virksomheter i deres kontinuerlige arbeid for å redusere sykefraværet.

Prosjektet har hovedsakelig vært todelt:

- 1) Først ble det gjort **lokale situasjonsanalyser** som rettet fokus på hva som var de største sykefraværsutfordringene i de enkelte virksomhetene, på hva de ulike virksomhetene gjorde på sykefraværsområdet, og hvilke behov virksomhetene hadde for å redusere sykefraværet.
- 2) Etter dette ble det avholdt en serie med **nettverkssamlinger** for virksomhetene. Samlingene skulle bidra til å forankre prosjektet og skape rom for felles refleksjon og erfaringsdeling, men i all hovedsak bidra til organisatorisk læring.

## 2. Lokale situasjonsanalyser (høsten 2010)

Prosjektet innledet med å kartlegge nå-situasjonen i deltakerbedriftene høsten 2010. Hensikten med kartleggingen var å identifisere lokale behov og forutsetninger for sykefraværsarbeidet. I kartleggingen ble det lagt vekt på å analysere fraværet for å få tydeliggjort problemsituasjonen i hver enkelt virksomhet.

Gjennom samtaler med ledere og tillitsvalgte ble organisasjonsbildene utdypet og det ble identifisert lokale forhold som sykefraværsarbeidet må ta hensyn til, som arbeidstidsordning, oppgaveavhengighet i produksjonen, alderssammensetning på arbeidsplassen, typer oppgaver som er særlig belastende, sentrale nærværsfaktorer med mer. Kartleggingen ble basert på samtaler, kvalitative intervjuer og gjennomgang av personalstatistikk.

Kartleggingen ble gjennomført dels som dokumentgjennomgang og dels som halvdagsmøter i hver bedrift i perioden 01. - 04.11.2010 der forskerne fra AFI møtte arbeidsgruppene fra den enkelte bedrift.

De tre Ineos-bedriftene (Ineos Norge, Noretyl og Ineos Bamble) valgte å ha felles møter, slik at en dag ble brukt til gjennomgang av sykefraværet med personal/HR-ansvarlige og en halv dag til felles diskusjon av sykefraværsbildet og utfordringene med hele arbeidsgruppene fra alle bedriftene. Det vil si at også tillitsvalgte og verneombud deltok på disse møtene. Rådgiver Bjørn Hansen fra NAV Arbeidslivssenter deltok også i møtene.

AFI oppsummerte resultatene fra kartleggingsrunden på et felles nettverksmøte 29.11.2010. Her ble resultatene presentert, diskutert og supplert med felles innspill til viktige satsningsområder videre.

### 2.1 Resultatene av kartleggingen

Virksomhetene viste seg å være på forskjellig stadier i forhold til sykefraværnivå og oppfølgingsrutiner. Det var derfor viktig å identifisere hva som var de lokale utfordringene, og dermed også hvilke muligheter de ulike virksomhetene hadde, før virkemidler for å redusere fraværet ble valgt.

Til tross for at denne rapporten er åpne om hvilke virksomheter som deltok, vil all videre behandling av informasjon om de ulike virksomhetene og sykefraværstall anonymiseres, og i den følgende analyse vil de forskjellige virksomhetene bli omtalt med bokstaver: «Bedrift A», «Bedrift B», «Bedrift C», «Bedrift D» og «Bedrift E». Bokstavene som anonymiserer virksomhetene er blitt trukket i tilfeldig rekkefølge.

### 2.2 Varierende sykefravær

Sykefraværet varierer fra Bedrift A som i perioden 2007-2010 lå i overkant av 7 %, med en topp på 7,7 % da prosjektet ble igangsatt. De andre bedriftene hadde på den andre siden opplevd nedgang i sykefraværet i perioden 2007-2010. Ved prosjektets oppstart i 2010 kunne Bedrift B rapportere om et sykefravær på 3,85 %, Bedrift C kunne rapportere et sykefravær på 4,5 %, Bedrift D hadde et sykefravær på 4 %, mens Bedrift E hadde et sykefravær på 4,6 %.

Gjennomgang av statistikken viste at virksomhetene opererte med forskjellige måter å beregne sykefraværet. Noen brukte i utgangspunktet beregningsmåten til Norsk Industri, mens de andre

bedriftene brukte NAVs utregningsmåte. Utregningsmåten til Norsk Industri gir noe høyere sykefraværsprosent enn NAVs utregning. Dette ble imidlertid ikke ansett som problematisk da hensikten med dette prosjektet var å bidra til redusert sykefravær i den enkelte bedrift. Dette samarbeidsprosjektet var på ingen måte noen konkurranse, og derfor spilte målemetoden liten rolle for samarbeidet eller prosjektets evne til å måle resultat.

To beregningsmåter:

NAV: "4.1 Definisjoner av sentrale begreper. Avtalte dagsverk: Dager man etter avtalen skal være på jobb, korrigert for ferie og stillingsandel. I praksis regnes mandag til fredag med unntak av offentlige fridager (f eks 17.mai og Skjærtorsdag) som "dager man skulle vært på jobb". (Ref. [www.nav.no](http://www.nav.no))

Norsk Industri: Antall mulige dagsverk = utførte dagsverk + registrerte sykefraværsdager + fraværsdager pga velferdspolisjon og skoft. Beregningene korrigeres for driftsstans grunnet f eks helligdager. Det korrigeres også for feriefraavær og velferdspolisjon. (Ref. [www.rc.norskindustri.no](http://www.rc.norskindustri.no). Veiledning til rapportering av sykefravær.)

### 2.3 Skiftgående har høyere sykefravær

Gjennomgangen av sykefraværsstatistikken i den enkelte bedriften viste at det var høyere sykefravær blant skiftgående personell enn dagtidspersonell. Skiftproblematikken handler om skiftplaner, helse og sykefravær. Det er viktig at skiftplaner utformes slik at helsebelastningene reduseres så mye som mulig, og da må kunnskap om sammenhengene mellom skift og helse legges til grunn.

Tiltak og aktiviteter som gjennomføres på dagtid er ofte ikke like tilgjengelig for skiftgående personell, og lederne lykkes ikke alltid med strukturert oppfølging av medarbeidere som arbeider utenfor normal arbeidstid. Igjen varierer dette med om bedriften har skiftleder med oppfølgingsansvar eller ikke. Å få til en helhetlig oppfølging ble derfor identifisert som viktig for å redusere sykefraværet.

Kosthold og aktivitet på nattskift ble også flittig diskutert. Flere av bedriftene hadde tilbudt kostholdsveiledning med vekslende erfaringer. Selv om flere av bedriftene har arbeidet med kosthold og bevisste spisevaner for skiftgående personell, var opplevelsen at dette er vanskelig å påvirke, spesielt over tid. Det ble også sagt at «*det ikke er bedriftens ansvar hva folk velger å spise om natten*». Samtidig er det et dilemma at bedriftene tilbyr sunn mat i kantinen, mens for de som arbeider til andre tider på døgnet overlates hele ansvaret til hver enkelt. Å spre kunnskap om kosthold til alle medarbeiderne i virksomhetene generelt – og til de skiftarbeidene spesielt – ble derfor identifisert som viktig for å redusere sykefraværet.

Sykefraværsoppfølging er et lederansvar, og det er dermed viktig at det inngår i lederopplæring/-utvikling. Hvordan dette gjøres, varierer også. Dette ble dermed også et tema som måtte følges opp.

NAV Arbeidslivssenter Telemark var i kartleggingsfasen allerede inne i bedriftene med fokus på sykefraværsarbeidet, og NAV ble derfor en ytterligere sentral samarbeidspartner i det videre arbeidet med å sikre bedriftene best mulig kompetanse og systematikk i sykefraværsarbeidet.

## 2.4 Forskjellige rutiner, forskjellig praksis

Det ble identifisert til dels stor forskjell i sykefraværsoppfølgingsrutiner og praksis. Selv om de aller fleste bedriftene hadde klare prosedyrer for sykefraværsoppfølging og systemer for oppfølging av leder i sykefraværsarbeidet, gjaldt dette ikke alle. Gjennomgang av rutiner for å sikre best mulig fraværsoppfølging ble dermed et oppfølgingsområde der dette ikke er tilfelle. Dette arbeidet inngår i samarbeidet mellom bedriften og rådgiver ved NAV Arbeidslivssenter, og var under oppfølging der det ikke var tilfredsstillende.

Bedriftene som hadde gode systemer, hadde også lavere sykefravær enn der oppfølgingsrutinene var mer uklare. Gode systemer for oppfølging gir åpenbart gevinst på muligheten til å gjøre noe med sykefraværet og er dermed viktig for alle bedriftene. Mye kan læres av de bedriftene som har gode systemer, og derfor ble erfaringsutveksling om praksis og rutiner identifisert som et tiltak for å redusere sykefraværet i samtlige virksomheter.

## 2.5 Langtidsfravær og fastlåsing

Virksomhetene fremstod som villige, men tidvis svært fastlåste i forhold til tilrettelegging: På den ene siden kommuniserte virksomhetene at de ville gjøre alt de kunne for å tilrettelegge for sine medarbeidere, og at de stort sett ikke har problemer med å tilrettelegge så lenge det fortsatt er mulig å gjøre en jobb i bedriften. Til samme tid ble det imidlertid også kommunisert at det er lite rom for tilrettelegging og få alternative oppgaver slik dagens industri har utviklet seg. Økt global konkurranse har presset bedriftene til å tenke mer på bunnlinjen enn tidligere og mange oppgaver som tidligere ble løst innhus er i dag outsourcet. Dette er kjente utfordringer i det moderne arbeidslivet (Thompson & McHugh 2002), og her blir det tydelig at en av mange konsekvenser ved det økte globale konkurransepresset blir at virksomhetene ofte kommer i situasjoner der de vil tilrettelegge, men ikke har mulighet til å få det til.

Denne problematikken ble adressert i flere omganger, og blir særlig tydelig i de tilfellene hvor ansatte blir langtidsykemeldte av årsaker som innebærer at de antagelig ikke kan vende tilbake til jobben de ble sykemeldt fra.

I tilfellene hvor ansatte ikke har mulighet til å returnere til sin opprinnelige stilling etterlyste alle bedriftene en tettere dialog med lege, og at NAV tidligere vurderer alternativer mens den ansatte fortsatt har sykepengere rettigheter i bedriften. Erfaringsmessig vurderes i liten grad alternativt arbeid fra NAV før 52 uker har gått, og dette er både sent for bedriften og unødvendig belastning på arbeidstakeren som må gå sykemeldt så lenge før alternativer vurderes. Virksomhetenes erfaring er at tilrettelegging der det er mulig som ofte også er utprøvd før den ansatte går ut i sykemelding, og det er dermed vanskelig å se hva mer bedriften kan gjøre så sant ikke helsetilstand til den ansatte endrer seg. Det kan dermed se ut som uføretrygd er eneste alternativet for flere av disse arbeidstakerne, selv om de fortsatt har en viss grad arbeidsevne.



Hvis de av helsegrunner ikke kan fortsette å arbeide i industrien, finnes det få alternativer jobber i regionene som ikke medfører sterkt redusert lønn. Som fagarbeider har man en viktig, men spesialisert kompetanse som ikke lett kan omsettes i kvalifikasjoner for andre jobber med samme lønnsnivå og grad av faglighet som den man går fra. Uføretrygd kan dermed være å foretrekke fremfor alternativene på arbeidsmarkedet. Lønn er viktig, både løpende og som pensjonsgrunnlag. Det er dermed forståelig at uføretrygd er å foretrekke i de tilfellene der helsen gjør det umulig å fortsette i den jobben man hadde. Resultatet blir at økonomiske hensyn til dels låser folk fast i en situasjon det er vanskelig å endre på.

I tillegg har en av bedriftene en ordning med "tilleggspensjon" til ansatte som uføretrygdes, for å sikre nivået på uføretrygden. Denne tilleggspensjonen faller bort hvis man går over i annet arbeid. En slik ordning, forhandlet frem som livsvarig ivaretagelse av sine ansatte i tider der livsvarig ansettelse var normalen og gode bedrifter "tok vare på sine", kan altså få utilsiktede effekter i dag.

For å få gjort noe med denne meget sammensatte problematikken ble det klart at både virksomhetene som helhet, det vil si både lederne og medarbeiderne, i større grad måtte få en økt kunnskapsbase, slik at de ville få flere handlingsalternativer når disse situasjonene blir aktuelle. Å bidra til dette ble også en av oppgavene som ble adressert i prosjektet.

## 2.6 Organisering og sykefraværsarbeid

Bedriftene er forskjellige og har arbeidet forskjellig med sykefraværet. De er også noe forskjellig organisert og dette slår også ut på måten sykefraværsarbeidet skjer.

Noen av bedriftene har hatt et tydelig fokus på sykefraværsarbeid over flere år, med klare resultater. Gjennomgangen av situasjonen i den enkelte virksomhet demonstrerte tydelig at systematikk i sykefraværsoppfølgingen og personalarbeidet lønner seg. Klare rutiner, oppfølging av at rutinene følges og fokus på personalarbeid gir resultater. Det er ikke vanskelig å ha gode rutiner på papiret, men det skal mer til å sikre at de følges opp i alle ledd. Flere av bedriftene hadde koblet sykefraværsoppfølging og aktiv bruk av medarbeidersamtaler til ledernes nøkkelindikatorer (KPIer)<sup>1</sup>. Nøkkelindikatorer er et verktøy for å vurdere ytelsene til organisasjoner, forretningsenheter, deres divisjon, avdelinger og ansatte. En vanlig metode for å velge måltall er å bruke et rammeverk som balansert målstyring. Slike styringskonsepter kan sikre god drift og oppfølging av god drift. Når ledere måles på personaloppfølging, inkludert sykefraværsoppfølging, er det lettere å sikre god ledelse i alle ledd. Det var tydelig at dette ga uttelling i de bedriftene som brukte dette på personalområdet.

Et ledd i det systematiske personalarbeidet er å følge opp arbeidsmiljøutviklingen gjennom forskjellige slags arbeidsmiljøundersøkelser. Særlig en av bedriftene hadde et omfattende system for gjennomføring og oppfølging av jevnlig arbeidsmiljøundersøkelser. Ved å rotere tidspunkt for undersøkelsen, slik at ikke alle avdelingene gjennomførte den samtidig, fikk man et system der arbeidsmiljøundersøkelser og oppfølgingsaktiviteter i forbindelse med dem skjedde nærmest kontinuerlig ett eller annet sted i bedriften. En av fordelene med dette er at bedriften som helhet har et konstant fokus på arbeidsmiljø og arbeidsmiljøarbeid. Brukt på denne måten blir arbeidsmiljøundersøkelser et utviklingsverktøy som hjelper bedriften å identifisere innsatsområder, sikre at de følges opp og måle endring/forbedring over tid.

---

<sup>1</sup> KPI er forkortelse for Key Performance Indicators

Én av bedriftene hadde og har fortsatt flat struktur uten formelle skiftledere/arbeidsledere. Med færre ledernivåer og større avstand mellom den enkelte og nærmeste leder, er det viktig at bedriften organiserer seg slik at ledelse likevel ivaretas. En mulig modell er en gjennomgang av hvilke lederoppgaver/funksjoner som er kritiske og en funksjonsfordeling på teamene/skiftlagene, slik at lederfunksjonene fortsatt varetas, om enn ikke av én person. Dette kalles distribuert ledelse. En slik ledelsesmodell har i utgangspunktet mange sterke sider og er et skritt i retning av flat struktur og myndiggjøring av de ansatte. Imidlertid viser det seg at den aktuelle bedriften hadde utfordringer med å få plass en slik modell i praksis, noe som rammet systematikken i personaloppfølging og sykefraværsoppfølging. Denne bedriften er også den i prosjektgruppen med høyest sykefravær, så det ble tidlig opplagt at organisasjonsformen måtte bli et individuelt innsatsområde for denne virksomheten.

Et viktig tiltak i dette prosjektet ble derfor at bedriftene kunne lære av hverandres rutiner og organisering, og med denne erfaringsutvekslingen sette sin egen praksis under lupen.

## 2.7 Sykefravær og gravide

Det ble funnet tendenser i sykefraværstallene til at skiftgående kvinner hadde høyere fravær enn sine mannlige kollegaer, men dette kan delvis være et utslag av et lavere antall kvinner i statistikken. Det er også fravær knyttet til graviditet, og her varierer det i hvor stor grad bedriftene brukte sykefraværs- eller svangerskapspengen. Bedriftene var og er i all hovedsak flinke til å tilrettelegge ved graviditet, men det oppleves til dels vanskelig å få god dialog med fastlegene om hva som er egnet ordning og om det finnes alternativ til sykemelding. Det ble også avdekket i denne forbindelse av det var forskjellig praksis hos sykemeldende leger i området.

Industrien har bevisst arbeidet med å øke kvinneandelen, og noen av bedriftene hadde så mye som 30 % kvinner blant operatørene på skift. Dette er resultatene av målrettet rekruttering, og er en positiv utvikling bedriftene er stolte av. Samtidig ser man at høy andel kvinner i fertil alder på skift gir noe høyere sykefravær. Dette er en situasjon man kjenner igjen fra andre deler av arbeidslivet.

Til enhver tid er seks–syv prosent av norske kvinner mellom 20 og 40 år gravide. Gravide står for en tredel av alle fraværsdager blant kvinner i alderen 20 til 39 år (Bolstad 2011). Dette gjør at virksomheter med høy kvinneandel i denne aldersgruppen ofte har et høyt sykefravær. Det økende sykefraværet er en utfordring både for den enkelte, arbeidsgiveren og samfunnet. For den sykmeldte er det ikke alltid slik at hvile er det beste. Passivitet kan også forverre situasjonen og forlenge sykefraværet. I et samfunnsmessig perspektiv er det høye sykefraværet alvorlig fordi høyt sykefravær øker de sosiale forskjellene og fordi de økende utgiftene til sykefravær binder opp midler som kan brukes til andre gode formål. De høye fraværstallene bidrar også til å svekke kvinners stilling i arbeidslivet generelt (Bolstad 2011). For virksomhetene gir sykefravær både direkte og indirekte kostnader samtidig som mange ledere har vanskeligheter med å få erstattet ansatte som er sykmeldt i perioder.

Det ble funnet variasjon i hva slags ordninger bedriftene får tilgang til: Sykepenger eller svangerskapspenge betyr mye. Svangerskapspenge gis til friske gravide kvinner som ikke kan fortsette i arbeidet under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret. Gravide kan ha rett til svangerskapspenge hvis arbeidet, eller forhold på arbeidsplassen, medfører risiko for skade på fosteret. Det er et krav at det ikke er mulig med omplassering eller tilrettelegging til annet arbeid

([www.nav.no](http://www.nav.no)). Svangerskapsenger går ikke utover sykepengerrettighetene til arbeidstakeren, og det har ingen arbeidsgiverperiode, og er dermed økonomisk gunstigere enn sykepenger for bedriften.

Informasjon og dialog med lege er viktig for å sikre at de gravide kommer på den riktige ordningen ved behov, og det ble tydelig at dette er et område som trengte forsterket innsats i prosjektperioden. Informasjon til de gravide er viktig, men like nødvendig er samarbeidet med sykemeldende lege og NAV, slik at korrekt ordning tas i bruk. Dette må følges opp hvis sykefraværet hos gravide skal kunne reduseres. Dialog med fastlegene ble derfor identifisert som et viktig tiltak for å redusere sykefravær ved graviditet.

## 2.8 "Det er noe med det korte fraværet..."

Alle bedriftene i prosjektet hadde tegnet IA-avtale og dermed endret egenmeldingsordningen sin slik at arbeidstakere i IA-bedrifter kan bruke egenmelding i til sammen 24 kalenderdager i løpet av en 12-måneders periode<sup>2</sup>. Det innebærer at egenmelding for eksempel kan benyttes for 24 enkeltdager. Egenmelding kan ikke benyttes i mer enn åtte dager per sykefraværstilfelle. På tross av at alle virksomhetene i prosjektet er IA-bedrifter fremkom det likevel at egenmeldt fravær ble fulgt opp på forskjellige måter.

I og med at den tidligere «3x4-ordningen» ikke lenger gjelder for IA-bedrifter, var det forventet å finne en mer fleksibel bruk av egenmeldte sykedager etter behov. Den tidligere ordningen oppfordret til å bruke alle tre dagene av gangen hvis man først trengte en egenmelding. Med endret avtale er "tredager'n" borte, og dette ble også funnet i sykefraværstatistikken hos deltagerbedriftene. Det var omtrent lik bruk av enkeltdager, todagersfravær og tredagersfravær. Denne delen av hensikten med endret egenmeldingsordning viste deg dermed å fungere som intendert.

Den andre hensikten bak endringen var å redusere det korte, legemeldte sykefraværet. Frem for at de ansatte skal gå til legen for noe som vil gå over på kort tid, er det meningen at man skal kunne bruke egenmelding og dermed spare et legebeseøk og en sykemelding fra legen. Dette er ment å redusere det korte sykefraværet, siden arbeidstakeren kun bruker det antall dager som det faktisk er behov for, fremfor å få en sykemelding på en uke eller 14 dager, som lett er intervaller sykemeldingene fra lege opererer med. Denne delen av ordningen viste seg å fungere dårlig i virksomhetene. Statistikken for bedriftene viste at kun et fåtall av de ansatte brukte mer enn tre dager, noe som indikerer at IA-avtalens egenmeldingsordning ikke ble brukt etter hensikten. I diskusjonene med bedriftene kom det frem at det fortsatt er holdninger som opprettholder gamle mønstre. Kulturen tilsier at hvis du er sykere enn det som går over på tre dager, trenger du "bevis" fra legen for å være borte lenger. Slike holdninger sitter dypt og det krever bevisst innsats hvis man ønsker å endre dem.

Hvordan man håndterer sykefravær handler om tillit, ansvar og dialog mellom leder og medarbeider. Hva slags kultur for fravær som det er i bedriften, har også påvirkning på sykefraværet. Samtalene med bedriftene viser at selv om IA-avtalen innfører ny ansvarliggjøring av arbeidstakerne, krever det arbeid i den enkelte bedrift for å innarbeide den nye logikken. Sykefraværstatistikken viste at det var et forbedringspotensial for alle bedriftene i prosjektet.

---

<sup>2</sup> En av virksomhetene ble imidlertid IA-bedrift underveis i prosjektet.

I det "gamle systemet", før bedriftene tegnet IA-avtale, med 3 x 4 dager egenmeldt fravær i året, hadde virksomhetene gode kontrollrutiner når ansatte "nærmet seg grensen". Som IA-bedrifter er kontrollen som lå begrenset rett til egenmeldinger avvirket, og det er tvert i mot ønskelig at ansatte selv tar ansvar for å bruke. På den annen side bør sykefravær uansett følges opp for å sikre at bedriften og de ansatte gjør det som kan gjøres for å hindre fravær. Der virksomhetene tidligere hadde kontroll er det nå viktig med rutiner som sikrer dialog om fraværet, enten det er legemeldt eller egenmeldt. Flere av bedriftene hadde oppfølging også av hyppig egenmeldt fravær, men ikke alle. Samtalen mellom leder og ansatt er noe av kjernen i IA-arbeidet og må innarbeides som en del av systematisk personalarbeid også ved hyppig egenmeldt fravær, ikke som kontrollmekanisme men med løsningsfokus på om det er noe som kan gjøres for å redusere fraværet. Å rette fokus på oppfølging av egenmeldt fravær ble derfor identifisert som et viktig tiltak.

## 2.9 Fra fysiske til psykiske belastninger

Alle virksomhetene var tydelige på at det har skjedd et skifte i industrien: i dag er arbeidet ikke like fysisk krevende som det var tidligere, men arbeidet har i økende grad blitt mer psykisk belastende (økte kompetanse- og oppmerksomhetskrav, mer stress i forhold til tidsfrister etc.). Økt automatisering av tunge, manuelle oppgaver, mer kontrollromstyring og økt kompetansekrav avlaster fysisk, men øker det psykiske presset på de ansatte. Mange er opptatt av at dette presset krever en annen type avlastning og tilrettelegging ved helseproblemer enn tidligere.

Å spre kunnskap om denne viktige endringen ble også definert som et viktig mål for dette prosjektet, og særlig opplever virksomhetene at det er viktig at legene tar dette innover seg med tanke på sykemeldingspraksis.

En annen utfordring som ble tatt opp, var økningen i psykiske lidelser. Lettere psykiske lidelser er en av de diagnosegruppene som øker mest i nasjonal sykefraværstatistikk og er i dag en av de vanligste årsakene til fravær (Hensing, Andersson & Brage 2006). Også industribedriftene opplevde dette. Det ble sagt at dette er en utfordring i oppfølgingen, siden lederne er mindre vant til å forholde seg til slike plager hos de ansatte. Et viktig virkemiddel her er lederopplæring for å gjøre lederne tryggere på hvordan de kan møte ansatte med psykiske plager. NAV har et opplegg på dette området og noen av bedriftene kjente til og hadde benyttet dette. Slik opplæring er nyttig for alle og vil kunne gjøre lederne bedre rustet til å møte sykefravær utfordringene fremover. Å rette fokus på dette ble også en bestilling til prosjektet.

### 3. Felles tiltak/nettverkssamlinger (januar 2011 – desember 2012)

Resultatene av kartleggingen ble lagt til grunn for valg av innsatsområder for det videre arbeidet i prosjektet. Noen av utfordringene var av en slik art at det var mest hensiktsmessig at virksomhetene jobbet med disse individuelt, mens andre problemstillinger var mer komplekse og ble dermed naturlig å løfte opp på nettverksnivå.

Denne strategien var også i henhold til prosjektets opprinnelige plan: oppfølging i den enkelte bedrift var bedriftens ansvar og ble derfor gjennomført lokalt, med støtte fra NAV Arbeidslivssenter. Alle bedriftene la derfor handlingsplaner for sykefraværarbeidet i henhold til IA-avtalen, og rådgivere fra NAV Arbeidslivssenter fulgte opp dette tett sammen med bedriften. Utfordringer som transcenderte dette ble derimot tema for nettverkssamlingene.

På bakgrunn av kartleggingen ble følgende fem tema valgt ut som egnet for fellestiltak:

1) **Skiftarbeidsproblematikken** (jmf avsnitt 2.3) var relevant for alle virksomhetene fordi utfordringene med å øke kunnskapsnivået om dette temaet ble helhetlig delt av alle. Det ble derfor enighet om å arrangere et skiftarbeidsseminar der man fikk inn arbeidsmedisinsk kompetanse.

2) **Organisering, ledelse og rutiner** (jmf avsnitt 2.4 og avsnitt 2.6) var utfordrende tema fordi disse alltid griper inn i hvordan virksomhetene er formelt organisert og i forhold til hvilken ledelsespolitikk de fører. Å endre på organisasjonskart og ledelsesfilosofi var oppgaver som lå langt utenfor dette prosjektets mandat. Prosjektledelsen (representert ved AFI, NHO og NAV) kom tidvis med noen anbefalinger i forhold til organisering og ledelsespraksis, men i forhold til sykefraværet stod slaget om rutiner, og derfor ble rutiner vektlagt som et viktig punkt følge opp kontinuerlig under fellesamlingene.

Det viste seg etter hvert at diskusjonene om hvilke rutiner virksomhetene hadde i forhold til oppfølging av de sykemeldte ble en av de viktigste gjennom hele prosjektet. Ved hvert nettverksmøte ga alltid representantene for virksomhetene en status presens, og alle reflekterte, utfordret og sparret med hverandre i plenum i forhold til de individuelle utfordringene. I og med at deltakerne møttes jevnlig i over to år, innebar dette at virksomhetene ble meget godt kjent med hverandre, og etter hvert delte de fleste også informasjon om virksomhetenes "indre liv". Og i takt med at fortroligheten økte i gruppen, økte kvaliteten på diskusjonene. Og gjennom diskusjoner som ofte hadde rutiner som overskrift utfordret til samme tid virksomhetene hverandre til å revurdere både organisering og ledelsespolitikk.

3) **Forholdet til sykemeldende primærleger** (jmf avsnitt 2.7 og 2.9) gikk igjen som en utfordring for alle bedriftene. Virksomhetene hadde hver for seg gjort tiltak for å få til dialog med legene med hensikt å informere om hvilke muligheter for tilrettelegging bedriftene hadde, men virksomhetene hadde opplevde at det var vanskelig å oppnå kontakt med fastlegene. Flere fortalte også om tilfeller der fastlegen ikke hadde møtt til første dialogmøte, til tross for at de er dette pliktig. NAV har også hatt informasjonsmøter for leger om IA-arbeidet med svært dårlig oppmøte.

Videre ga representantene for virksomhetene uttrykk for at fastlegene kjente for dårlig til industrien. Og fordi skiftarbeid er helsebelastende i utgangspunktet, så var inntrykket hos virksomhetene at sykemeldingene "sitter løst" når industriarbeidere går til legen – og at legene ofte sykemelder uten å ha vurdert mulighetene for tilpasset arbeid i bedriftene.

Oppsummert ga altså virksomhetene uttrykk for at det var en stor utfordring å få legene i tale. Videre opplevde den enkelte virksomhet seg også maktesløs til å endre situasjonen alene. Dermed var det sterkt ønske om at prosjektet skulle adressere disse utfordringene.

Etter samtaler kom vi frem til at prosjektet skal ta initiativ til samarbeid med Legeforeningen om en samordnet innsats. Med reforhandlet IA-avtale ble også Legeforeningens ansvar og forpliktelser i IA-arbeidet styrket og dette med det som bakteppe ble det ekstra sterk beveggrunn for alle parter å stille på et slikt møte.

4) Håndtering av sykemeldte med **psykisk sykdom** var også en utfordring som virksomhetene delte (jmf avsnitt 2.9). Å ruste opp bedriftenes kunnskap på dette feltet ble derfor en viktig bestilling til prosjektet, hvilket ble løst i samarbeid med HMS-forum. HMS-forum er et forum som arrangeres i regi av STiG-nettverket (Samarbeidende Teknologibedrifter i Grenland). Videre ble dette temaet også adressert under seminaret som tok for seg de ulike ordningene (se neste avsnitt).

5) Det finnes en rekke **ordninger som skal redusere sykefraværet** i arbeidslivet. Ordninger som "Raskere tilbake", "Fritt sykehusvalg", helseforsikringer er alle ordninger som skal sikre rask oppfølging og behandling ved sykdom. Kartleggingen viste at det var store forskjeller i hvor godt bedriftene kjente til ordninger og hva slags erfaringer de hadde med dem (jmf avsnitt 2.5 og 2.9). Et felles seminar der representanter fra ordningene le invitert til å presentere seg var ønsket fra alle bedriftene, og prosjektet tok derfor initiativ til et slikt arrangement i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter og NHO.

Når det gjaldt **bruk av egenmeldinger** (jmf avsnitt 2.8) ble dette også fulgt opp gjennom plenumsdiskusjoner, men først og fremst var dette en utfordring som virksomhetene var i utmerket posisjon til å jobbe med individuelt gjennom lokale diskusjoner og dialog på alle nivåer.

Etter en helhetlig vurdering ble alle virksomhetene også anbefalt å foreta en **arbeidsoppgavegjennomgang**. Dette ble ansett som nødvendig for å identifisere bedriftenes handlingsrom for tilrettelegging. Dette er en jobb som ble gjort i samarbeid med rådgiver fra NAV Arbeidslivssenter. Dette arbeidet var også mest hensiktsmessig at virksomhetene arbeidet med individuelt.

### 3.1 Temasamlingene: Erfaringer fra arbeid i nettverk

Etter kartleggingen i 2010 og det første nettverksmøte samme høst har det i tillegg til møter internt i prosjektledelsen blitt holdt følgende nettverkssamlinger og møter med eksterne:

- **18. januar 2011:** Skiftarbeidsseminar med Magnar Kleiven med fokus på helse
- **27. juni 2011:** Nettverksmøte med fokus på erfaringsutveksling
- **29. september 2011:** Temamøte om virkemidler (om de offentlige ordningene som kan anvendes) i sykefraværarbeidet
- **05. oktober 2011:** Nettverksmøte oppsummering av temamøte: anvendelse lokalt
- **04. januar 2012:** Møte med generalsekretær Geir Riise, Legeforeningen
- **10. januar 2012:** Nettverksmøte med fokus på erfaringsutveksling
- **06. mars 2012:** Bedriftsbesøk
- **10. april 2012:** Møte med Gisle Roksund, Legeforeningen
- **22. mai 2012:** Temamøte om psykisk helse (i regi av HMS-forum)

- **16. oktober 2012:** Dialogmøte mellom industrien og fastleger i Grenland
- **4. desember 2012:** Avslutningsmøte. Oppsummering og evaluering av prosjektet

### 3.1.1 Skiftarbeidsseminar med Magnar Kleiven (tema 1 av 5 i forrige avsnitt)

Med bakgrunn i de utfordringene skiftarbeid representerer ble det altså bestemt å avholde et nettverksmøte som skulle sette fokus på skiftarbeid og helse. Dette ble avholdt som et halvdagsseminar den 18. januar 2011. Den populære legen og foredragsholderen Magnar Kleiven (tilknyttet firmaet Vivilja AS) ble invitert til å foredra for virksomhetene, og bedriftene ble oppfordret til å ta med medarbeidere som dette angår spesielt, det vil si ledere, tillitsvalgte, verneombud, representanter fra bedriftshelsetjenestene og skiftledere. Det ble lagt opp til at hver bedrift kunne stille med opp til 10-15 personer hver. Flere av bedriftene hadde allerede arbeidsgrupper som vurderte skiftplanene, og det ble da naturlig å møte med disse arbeidsgruppene.

Etter et innledende, informativt og entusiastisk foredrag av Kleiven med tittelen "De helsesmessige og sosiale konsekvensene ved å jobbe skift" ble deltakerne delt inn i grupper (bedrift for bedrift) der de ble satt til å diskutere hvordan den nye informasjonen som hadde tilkommet deltakerne kunne spille inn på planlegging av turnuser. Deretter ble samlingen avsluttet med en plenumsdiskusjon.

Kleivens foredrag strakk seg over 105 Power Point-slides og var dermed både omfattende og grundig, og deltakerne fikk god innsikt i hvordan skiftarbeid setter avtrykk på kropp og sjel: om hvilke somatiske og kognitive avtrykk skiftarbeid etterlater, samt hvilke sosiale- og familiemessige utfordringer dette gir. Videre kunne Kleiven legge frem statistikk over sammenheng mellom skiftarbeid og alvorlig sykdom, og bidra med råd og tips om tilrettelegging for gravide og andre grupper som er utsatte. Avslutningsvis kom Kleiven med en del tips og råd om mestring av skiftarbeid.

Responser fra deltakerne var meget god og det ble gitt uttrykk for at Kleivens foredrag var til nytte både med tanke på planlegging av fremtidige skiftturnuser, håndtering av sykefravær, og sist, men ikke minst forebygging av sykefravær.

### 3.1.2 Temamøte om offentlige ordninger (tema 5 av 5 i forrige avsnitt)

Det finnes mange offentlige ordninger som virksomheter og deres medarbeidere kan benytte seg av for å forebygge og redusere sykefravær. Kartleggingen viste imidlertid at kunnskapen om disse ordningene gjennomgående var liten, og det var derfor både behov og ønske om å øke denne. For å møte dette behovet ble det den 29. september 2011 avholdt en halvdagssamling for alle deltakerbedriftene i prosjektet.

Deltakerne i HMS-forum ble også invitert til å delta på denne samlingen. HMS-forum er et tiltak som er underlagt STIG-nettverket (Samarbeidene Teknologibedrifter i Grenland), som organiserer 20 teknologibedrifter. NHO Telemark har sekretariatet for STIG-nettverket, som HMS-forum sorterer inn under. Dette medførte at prosjektet fikk litt ekstra "blest" og at viktig informasjon ble spredd til flere virksomheter enn deltakerbedriftene alene.

Temadagen ble organisert som en halvdagssamling som startet med lunsj, og etter en kort velkomst fra prosjektledelsen ble det holdt presentasjoner på løpende bånd. Hver representant for de ulike

ordningene brukte 30-45 minutter på å presentere sine virksomheter og tiltak. Presentasjonene var lagt opp etter følgende logikk: forebygging, intervensjon og karrierebytte.

Først ut var "Ibedrift" som ble representert av koordinatorene Katrine A. Torskog og Tone Berge Hansen ved Sykehuset i Vestfold. I korte trekk arbeider Ibedrift med å bistå personer å mestre sine plager på arbeidsplassen. Ibedrifts tilbud viste seg derfor å være svært anvendelig for alle virksomhetene.

Hensikten med presentasjonen av Ibedrift handlet altså hovedsakelig om hvordan virksomhetene kan forebygge sykemeldinger gjennom tiltak på arbeidsplassen.

Deretter ble det gitt foredrag om tilbudene innefor "Raskere tilbake"-programmet. Raskere tilbake var representert ved to forskjellige leverandører, henholdsvis ved NAV, representert ved seniorrådgiver Øivind Andersen, og Sykehuset Telemark/Helseforetaket Sørøst, representert ved koordinator Vibeke Hegge. Andersen og Hegge ga deltakerne innsikt i hvordan man kan utløse tilbud raskt ved både somatisk og psykisk sykdom i nesten hele Telemarksregionen. Disse to presentasjonene ble splittet opp og gitt som to separate bidrag, for å tydeliggjøre hvor leverandørene overlappet og utfylte hverandre.

Hensikten med presentasjonene av Raskere tilbake-programmet handlet hovedsakelig om intervensjon (hvordan komme tilbake til arbeid når man har blitt sykemeldt), men det forebyggende aspektet var også til stede ved at virksomhetene også fikk diskutert muligheter for å bruke disse tilbudene før medarbeiderne blir sykemeldte.

Etter de tre første presentasjonene ga rådgiver Trude Higrum en presentasjon av Fritt Sykehusvalg. Hun ga en god og oversiktlig fremstilling av hvordan tilbudet fungerte, og mange av deltakerne ble overrasket da de fikk eksempler på hvor kort ventetid det var for ulike behandlinger om man er villig til å reise litt. Denne delen handlet mest om intervensjon, men også delvis om forebygging (i de tilfellene man kan få et tilbud raskt nok, før det blir alvorlig nok til at man blir sykemeldt).

Den siste presentasjonen var ved Lisa Quagliata fra Karrieresenteret i Telemark. Quagliatas presentasjon ga svært mange fornyede perspektiver på hvilke grep som kan tas når medarbeidere er fastlåst (jmf avsnitt 2.5) og hvordan Karrieresenteret kan bistå både virksomhetene på bedriftsnivå og medarbeidere på individuelt nivå i slike prosesser. Mange av deltakerne var ikke klar over denne muligheten.

Dette temamøtet ga ikke bare deltakerne mulighet for å lære, men også mulighet til å sparre med de forskjellige representantene om sykefraværsutfordringer. Deltakerne ga etter samlingen tilbakemeldinger om at de fikk vite om mange muligheter som de tidligere ikke hadde kjent til, noe som medførte at dette møtet ble en ubetinget suksess.

Ved første nettverksmøte etter dette, ble det satt av tid til at virksomhetene skulle gi sine tilbakemeldinger om møtet, og alle var positive. Alle virksomhetene fortalte også da at de jobbet med informasjonsspredningsstrategier. Både på å spre informasjon i linjen, informere om tiltakene i ATU og AMU, og med elektroniske informasjonsløsninger (e-post og intranett).

Prosjektledelsen utarbeidet også en matrise med en kort oversikt over ordningene med kontaktpersoner, som bedriftene kunne anvende som en snarvei.



### 3.1.3 Temamøte om sykefravær med bakgrunn i psykisk sykdom

Utfordringer tilknyttet psykisk helse var noe alle virksomhetene rapporterte som en økende utfordring (jmf avsnitt 2.9) og det ble derfor besluttet å holde en halvdags nettverkssamling om dette tema.

Imidlertid viste det seg da dette ble planlagt at HMS-forum (som hadde blitt invitert til forrige temamøte) også skulle adressere denne tematikken på et møte den 22. mai 2012, og denne gangen heftet derfor prosjektet seg på HMS-forums samling. Dette møtet ble ledet av arbeidsgiverlos Ari Løkken fra NAV, som foredro om hvordan man skal forholde seg til mennesker som sliter med psykiske problemer. Det ble videre lagt opp til case og gruppearbeid.

### 3.1.4 Dialogmøte med fastlegene i Grenland

I forbindelse med kartleggingen og samlingene var legestanden et tilbakevendende tema. Virksomhetene ga uttrykk at de stort sett opplevde det som vanskelig å komme inn i gode nok samarbeidsforhold med fastlegene, og ofte at det var vanskelig nok i seg selv å oppnå kontakt.

Videre ønsket virksomhetene at legene skulle lære å kjenne industrien generelt og deres bedrifter spesielt, da virksomhetene mente at manglende kunnskap hos legene om hvordan det de facto er å jobbe i industrien medfører at antallet sykemeldinger blir for høyt, og at dette sammenkoplet med opplevelsen av at virksomhetene ofte sliter med å oppnå kontakt med legene gjør det vanskelig å få til adekvat tilrettelegging. Dette gjør det også vanskeligere å bruke graderte sykemeldinger.

Mange sammensatte og delvis kompliserte årsakssammenhenger medførte altså at å komme inn i en dialog med legene ville bli en viktig – og kanskje den viktigste – leveransen dette prosjektet kunne bidra med.

Å få til et dialogmøte med fastlegene medførte en god del arbeid fra prosjektledelsen, også i forhold til virksomhetene som ønsket seg dette: noen av representantene ble tidvis noe agiterte da de snakket om legene, og prosjektledelsen brukte derfor en del energi på å shape representantene før dialogmøtet skulle finne sted, slik at dialogmøtet ikke skulle ende opp i konfrontasjoner og munnhuggeri. Å legge til rette for at industrien kunne presentere seg og sin hverdag på en åpen og inviterende måte og at legene ble gitt mulighet for det samme, ble derfor viktig.

Prosjektledelsen anså det som et grunnleggende suksesskriterium for dette møtet at partene ville øke forståelsen for hverandres arbeidssituasjon, utfordringer og begrensinger, for kun hvis dette premiss lå til grunn kunne partene bli bedre kjent med hverandre og øke samhandlings- og samarbeidskompetansen. Det var viktig at den positive nysgjerrigheten skulle stå i fokus under møtet.

Høsten 2011 ble det opprettet en god og konstruktiv dialog med Generalsekretæren i Legeforeningen, Geir Riise, som tidlig uttrykket positivitet og sterk sans for dette initiativet. Riise sørget dermed for at dette initiativet fikk en viktig toppforankring i Legeforeningen. Riise mente imidlertid at det var meget viktig med en lokal forankring av dette initiativet, og satte derfor prosjektledelsen i kontakt med Geir Roksund. Roksund har tidligere vært Allmennlegeforeningens representant i Telemark og er i dag fastlege og praksiskoordinator ved Sykehuset i Telemark. Det siste medførte at Roksund er i tett kontakt med fastlegene i Telemark, noe som medførte at Roksund ble det viktige kontaktpunktet ut mot fastlegene – en rolle Roksund med stor velvilje tok på seg.

For å få så mange fastleger som mulig til å stille, var det viktig å finne en tid i årshjulet som ikke kolliderte med legenes egne fagseminarer eller samlinger i regi av NAV. Det var altså viktig å finne en tid på året hvor legene ikke har mest trykk på seg. Videre ble det definert som kritisk viktig at tidspunktet for møtet ikke kom i konflikt med pasienttid. Møtet ble derfor lagt til tidlig ettermiddag, og med enkel servering, slik at legene kunne gjøre dette til «noe på veien hjem».

Til tross for at det er en betydelig base med praktiserende leger i Grenland, toppforankring i legeforening og aktiv bruk av Roksunds nettverk, møtte det ikke opp et voldsomt antall med fastleger. I underkant av 10 fastleger stilte opp på møtet. Imidlertid var dette et adekvat antall, om man tar i betraktning alle forespørslene legene til enhver tid har om deltakelse i ulike fora. Videre anser prosjektledelsen ikke antallet som det viktigste: like viktig var det at det stilte opp leger som kunne spre informasjonen som fremkom under dialogmøtet videre med seg ut i sine nettverk. Informasjonsspredningen ble ytterligere sikret ved at Tidsskriftet for den norske legeforening også lagde en sak om dialogmøtet, hvilket innebærer at alle nesten alle leger i landet har hatt tilgang til informasjon om dette tiltaket. Lenke til saken finnes her: <http://tidsskriftet.no/article/2937050/>

Møtet begynte med enkel servering klokken 16:00 og ble avsluttet klokken 19:00. Etter en åpning hvor prosjektledelsen informerte om prosjektet ble det avholdt en paneldebatt med aktivt plenum. I panelet satt Gisle Roksund (Fastlege og praksiskoordinator ved Sykehuset Telemark), Nils Erik Stamland (direktør, Ineos Norge), Svein Solli (fastlege, Skien), Torgeir Larsen (hovedtillitsvalgt, Eramet), Wenche J. Tveitan (hovedtillitsvalgt, Noretyl AS) og Christian Høy (avdelingsdirektør, NAV Telemark).

I forkant av paneldebatten fikk alle deltakerne i panelet holde en liten innledning og først ut var Gisle Roksund (praksiskoordinator, Sykehuset Telemark). Roksund orienterte om legenes rolle og utfordringer generelt. Om helse og sykdom, om sykemeldingspraksis og pasienttrender, og om utfordringene det er å forene krav fra pasienter, arbeidsgivere og NAV.

Etter Roksund fulgte Nils Erik Stamland (direktør, Ineos Norge), som orienterte om Ineos sykemeldingstall. Stamland la vekt på at Ineos vil strekke seg langt for at ansatte skal kunne komme tilbake i jobb ved sykdom. Imidlertid er det et stort problem når ansatte ikke kan jobbe nattskift, da dette medfører at bedriften blir fattig på alternativer.

Torgeir Larsen (hovedtillitsvalgt, Eramet) presenterte Eramet som bedrift og måten virksomheten er organisert på. Larsen orienterte også om de store endringene industrien har gjennomgått de siste 35 årene: høy grad av automatisering, lavere bemanning, smart jobbdesign og høyere produksjonskrav enn tidligere preger endringene.

Svein Solli (fastlege, Skien) reflekterte med plenum om 'den genuine sykdom': sykdom er ikke et industrielt produkt. Solli oppfordret bedriftene til å orientere sine ansatte bedre om hva de kan, slik at medarbeiderne/pasientene blir bedre i stand til å benytte seg av sin restarbeidsevne når sykdom og sykemeldinger blir aktuelt. Bedriftene bør også være åpne for å gjøre endringer før legen oppsøkes! Videre ble det reflektert rundt bruk av delvis sykemelding; om nytte versus lengde.

Wenche J. Tveitan (hovedtillitsvalgt, Noretyl AS) orienterte om Noretyl og hva Noretyl gjør i forhold til sykefravær. Noretyl har i visse tilfeller lyktes med å tilrettelegge for de som blir sykemeldt fra nattarbeid, men presset på å opprette stillinger som ikke innebærer rundturnus er større enn

bedriften kan innfri: sykemeldinger fra nattarbeid gir altså de samme problemene og utfordringene som hos Ineos. Bedriften får mye ansvar i forbindelse med sykefravær og det er derfor positivt å komme i tettere dialog med legene. Videre kom Tveitan med en oppfordring til legene om å passe på at gravide som blir sykemeldte ikke kommer i den situasjonen at de ender opp med å bruke opp retten til sykepenger før de har født.

Christian Høy (avdelingsdirektør, NAV Telemark) orienterte om at måltallet for IA er nådd i Telemark (5,5 %). En reduksjon på 20 % er altså nådd og dette er bra, og samarbeid er et av de viktigste elementene for å lykkes videre med å redusere sykefraværet. Høy orienterte også om at legene i Telemark gjerne må bruke fritekstfeltet i sykemeldingsblanketten mer flittig, slik at NAV og arbeidsgiver kan gjøre mer for å få medarbeideren raskere tilbake til jobb, helt eller delvis. Videre kan også legene i Telemark også bli enda mer oppmerksomme på å bruke graderte sykemeldinger, der dette er en mulighet.

Etter disse innledningene fulgte en fruktbar debatt mellom deltakerne i panelet, med et aktivt og deltakende plenum; og både legene og representantene fra bedriftene diskuterte flittig og friskt. Prosjektledelsen lot debatten flyte så frtt så mulig, da alle i forkant var orientert og shapet i forhold til hensikten med møtet; hvordan samhandle og samarbeide bedre for å sammen redusere sykefraværet. I etterkant kan debatten sorteres inn i følgende tema:

#### **Om dialog**

Den *tidlige* dialogen er viktig! Legene må inn så tidlig som mulig: dialogmøte skal skje innen 7 uker, ikke *etter* 7 uker! Flere av legene sa at de gjerne kunne ha dialogmøte etter første dag! Begge parter er innstilte på å gå inn i dialog før det som er utbredt praksis: Tidligintervensjon er den beste praksis, og denne kan gjerne bre om seg.

Arbeidsgiverne opplever også at til tross for at det kan fremkomme helt lik informasjon om tilretteleggingsmulighet og restarbeidsevne under møter mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, har informasjonen en tendens til å ha bedre «effekt» når legen er tilstede. Dette understreker viktigheten ved legens deltakelse i forbindelse med sykefravær.

Legene opplever det som vanskelig å komme seg fra kontoret og ønsker primært dialogmøtene på legekontoret eller på telefon. Hvis legene må dra til arbeidsplassen vil samtidighetskonflikten ofte kunne ramme – og da vil den akutt syke pasient ofte blir prioritert fremfor et dialogmøte.

#### **Om informasjon**

Flere av bedriftene har utformet og sendt ut skriv til alle fastlegene der bedriftenes virke blir beskrevet. Muligheter bedriftene har for å tilrettelegge ved sykdom/sykemeldinger blir også beskrevet, men bedriftene opplever ikke at dette har hatt effekt, og lurer på legene leser disse brevene i det hele tatt. Legene synes dette er et bra tiltak, men understreket at de trenger slik informasjon «on time». Generelle skriv har en tendens til å ikke være mulig å finne når man trenger det, når legene har inntil 2000 pasienter på sine lister. Bedriftene ble derfor oppfordret til at alle medarbeiderne blir utrustet med et dokument som kan fortelle informativt om virksomheten og tilretteleggingsmuligheter, men at dette ikke er noe bedriftene sender inn, men at dette er noe den syke tar med seg når vedkommende går til legen.

Legene savner på generelt grunnlag også mer informasjon om planer og alternative jobber – og at bedriftene og legene forsøker å få pasienten/medarbeideren til å tenke alternativt om egen jobb. Her har altså begge parter mulighet for forbedring.

### **Om informasjon og IKT**

Verken NAVs skjema og eller PDF-filer er implementerbare med legenes datasystem. Skal legene få noe elektronisk, vil det være en stor fordel om dette blir sendt som ren tekst, slik at det kan legges direkte inn i legenes datasystemer. NAV meldte at de tar med seg informasjon om dette tilbake.

### **Om proaktivitet**

Alle parter (arbeidsgiverne, tillitsvalgte, NAV og legene) kom med både alvorlige og muntre oppfordringer til proaktivitet: Legene ønsket at bedriftene er enda mer frempå i forhold til tilrettelegging og dialog med hver enkelt ansatt, og til å se hvor mange tilpasninger som kan gjøres lokalt, også med tanke på å forebygge fremtidig sykdom og skade.

Arbeidsgiverne på den andre siden mente at legene kunne være det samme, og at legene også har mulighet for å være proaktive: legene kan gjerne ta direkte kontakt med arbeidsgiver når legen ser at det kan være hensiktsmessig – og bedriftene vil nok ha en høyere svarfrekvens på telefonen enn legene har, så det er viktig at også legene tar initiativ til kontakt.

Videre må også legene være i stand til å se om pasienten/medarbeideren i visse tilfeller bør veiledes inn i en annen karriere, hvis gjentakende sykemeldinger er blitt en regel, og neste stopp er uførhet. Kan ikke pasienten jobbe rundskift, er det vanskelig å tilrettelegge i den delen av industrien som har slike arbeidstidsordninger, og det er det viktig at legene tar innover seg med tanke på «karriereveildning».

### **Om tilgjengelighet**

Arbeidsgiverne opplever at det er meget vanskelig å få tak i legene. Spesielt å komme gjennom på telefon oppleves som tidvis umulig. Legene oppfordret arbeidsgiverne til å ikke gi seg, men å ringe til «krampa tar dem». Flere av legene bruker e-post, og oppfordret til å sende mail.

### **Om graviditet**

Arbeidsgiverne oppfordret legene til å skrive ut svangerskapspenge og ikke sykemeldinger til gravide, der det er mulig. Legene tok dette til etterretning.

### **Om kjennskap**

I og med at industrien i Grenland har gått mange skritt fra manuelt til automatisert arbeid, betyr dette at det er viktig at legene tar innover seg dette noe som gir et nytt sykdomsbilde: det er i dag en erfaring at mange blir syke med bakgrunn i psykisk sykdom (f.eks stressrelaterte plager) og ikke «kun» fysiske plager som dominerte tidligere.

Hvis legene vil lære den moderne industrien bedre å kjenne, legger bedriftene gjerne opp til bedriftsbesøk, om legene vil komme og se hvordan hverdagen fortøner seg for pasientene.

### **Om kjennskap**

Virksomhetene og NAV understreket at det er viktig at legene bruker både fritekstfeltet på sykemeldingsblanketten, slik at arbeidsgiver og NAV kan vite mer om hva de kan gjøre for den syke-

meldte, og dermed slipper å ringe legen «unødvendig» for informasjon. Samtidig er dette viktig for å unngå passivitet i forhold til å agere på sykemeldinger.

Videre er det også viktig at legene bruker den graderte sykemeldingen så mye som mulig, men at denne også avstemmes mot hva som er mest effektivt: den graderte eller full sykemelding. Noen erfaringer tilsier at den graderte sykemeldingen ofte kan trekke lenger ut enn den fulle. Konklusjonen må derfor bli at den gode avveiningen om hva som da blir den beste løsningen er et samarbeidsprosjekt mellom arbeidstaker/pasient, arbeidsgiver og lege.

### *Oppsummert*

Prosjektledelsen var svært spente på hvordan dialogmøtet skulle slå ut, og om virksomhetenes tidvis sterke frustrasjoner ville bli kommunisert på en måte til legene som legene kunne motta uten å gå i forsvar. Dette hadde blitt diskutert i forkant med deltakerne, men hva som skjer i det kommunikative rom er likevel aldri kontrollerbart. Dialog er et samarbeidsprosjekt (Svare 2008). Men det gikk svært bra. Legene, deltakerne fra virksomhetene og Christian Høy fra NAV møtte alle godt forberedte og klare for konstruktiv dialog. Og på slutten oppfordret sågar bedriftene legene til å ta kontakt om de ønsker omvisning hos virksomhetene slik at de kan få enda bedre innsikt i den moderne industriens karakter. Det ble ikke inngått noen avtaler over bordet om dette, men dette kan anses som et sterkt tegn på hvor vellykket dialogen slo ut.

I tillegg til de diskusjonstemaene ble tatt opp (jmf inndelingene tidligere dette avsnittet) tjente dette dialogmøtet også noen overordnede utfordringer som prosjektledelsen tidlig hadde definert som viktige, og som forhåpentligvis kan slå positivt ut på sykefraværstatistikken i fremtiden:

- Utfordringen knyttet til å forstå hverandres arbeidssituasjon.

Virksomhetene hadde før møtet uttrykt en del frustrasjon i forhold til legene, men uten å ha den nødvendige innsikt i legenes pressede arbeidssituasjon. Dialogmøtet tjente dermed til å gi virksomhetene mer innsikt i legenes situasjon, og dermed blir virksomhetene i større grad i stand til å vite hva de kan – og bør – forvente av legene.

- At legene fikk anledning til å ta innover seg hvor sterkt virksomhetene ønsker å samarbeide med dem for å senke sykefraværet

Bedriftene er alt annet enn passive mottakere av sykemeldinger og legene må derfor vite at de aktivt kan spille på lag.

Prosjektledelsen satt etter møtet igjen med en distinkt opplevelse av at dialogmøtet klarte å levere i forhold til disse overordnede utfordringene også. Det ble videre uttrykket stor entusiasme og tilfredshet fra både virksomhetene og legene over dialogen som hadde blitt oppnådd etter møtets slutt.

## 4. Intervensjon

Under nettverksmøtet den 10. januar 2012 stilte kun tillitsvalgt og hovedverneombud fra Bedrift A, og under diskusjonen om bedriftene kunne spore noen form for effekt av dette prosjektet på sykefraværstallene kunne representantene fra Bedrift A ikke vise til at sykefraværet hadde gått ned siden prosjektstart i 2010. Altså status quo til tross for at prosjektet hadde bidratt med mange nye tilnærminger for å redusere sykefraværet i over et år.

Prosjektledelsen og de andre deltakerbedriftene stilte derfor spørsmål ved om kunnskapen som ble delt i nettverket ble med "hjem" til Bedrift A eller ikke. Den tillitsvalgte og hovedvernombudet fra Bedrift A kom da med et nedslående svar, hvor de redegjorde for at ledelsen i Bedrift A ikke benyttet seg av kunnskapen og erfaringene som ble delt i dette nettverket. I denne sammenhengen fremførte den tillitsvalgte og hovedvernombudet til dels del sterk kritikk av egen ledelse. Den tillitsvalgte og hovedvernombudet for Bedrift A inviterte derfor prosjektledelsen til et møte med dem og ledelsen i Bedrift A, slik at denne problematikken kunne bli adressert. Prosjektledelsen sa seg villig til å stille på et slikt møte.

Kritikken som den tillitsvalgte og hovedvernombudet fremførte av egen ledelse ble referatført og distribuert til alle deltakerne i prosjektet etterpå, noe som naturlig nok skapte noe turbulens mellom tillitsvalgt og hovedvernombud og ledelsen i Bedrift A. Denne turbulensen var imidlertid raskt forbigående og den 6. mars 2012 ble det avholdt et møte hvor en samlet prosjektledelse møtte ledelsen, tillitsvalgte og hovedvernombudet i Bedrift A for oppfølgingsmøte.

Under dette møtet ble det klart at kritikken som hadde blitt fremført under nettverksmøtet hadde god hold: ledelsen i Bedrift A hadde ikke gjort nok for å distribuere kunnskapen som ble produsert og delt i prosjektet i egen virksomhet, og for dette ble ledelsen i Bedrift A ansvarliggjort av prosjektledelsen. Møtet ble avsluttet med lovnader fra ledelsen i Bedrift A om å ta nytt grep, og til tross for at dette oppfølgingsmøte kunne ha noen fellestrekk med et "oppvaskmøte", var relasjonene mellom partene fortsatt gode etter dette.

## 5. Resultater

Resultatene fra dette prosjektet er flere, og de kan både ordfestes og tallfestes. Ved det avsluttende nettverksmøte i desember 2012 ble virksomhetene bedt om å komme med egne tilbakemeldinger om nytteverdien av prosjektet, om hva de hadde lært, om hva som har fungert og om hva virksomheten gjør annerledes i dag. Virksomhetene fikk tilsendt en mal å svare etter, men alle svarte ikke helt stringent, og tidvis svarte virksomhetene også på spørsmål de ikke ble stilt i malen også. Likevel var svarene stort sett utfyllende og gode.

Virksomhetenes skriftlige tilbakemeldinger følger i de neste avsnittene. Det er gjort noen endringer i tekstene av hensyn til virksomhetenes anonymitet, men også fordi noen utformet sine svar i PowerPoint og noen i Word-format. Noen av svarene er forkortet, men kun informasjon som ikke besvarer spørsmålene er tatt ut. Ved redigering er altså ikke substansiell informasjon utelatt. Bedriftenes tilbakemeldinger kan altså leses som sitater.

### 5.1 Resultater del I: Bedriftenes tilbakemeldinger

#### 5.1.1 Bedrift A

Utgangspunktet for dette prosjektet var at bedriften hadde et altfor høyt sykefravær. Kunne vi lære av andre ICG-bedrifter? For i det hele tatt å ta tak i sykefraværsproblematikken, var det en nødvendighet å bli IA-bedrift. Vi har da parallelt med prosjektet vært gjennom en omfattende opplæring av ledere og tillitsvalgte for å bli IA-bedrift. Som bedrift hadde vi en relativt dårlig inngang i prosjektet. Vi prioriterte ikke nødvendigheten og deltakelsen i det høyt nok. Men etterhvert som forankringen i organisasjonen økte, kom resultatene. Vi var nok avhengig av at prosjektledelsen tok tak i dette for å dra oss skikkelig i gang.

Nytteverdien av prosjektet:

Det å lære av bedrifter som virkelig var gode på området har gitt oss verdifulle innspill. Dialog, tett oppfølging, Raskere tilbake og tilrettelegging er nøkkelord i denne sammenhengen.

Foredraget «Skiftarbeid og helseeffekter» med Magnar Kleiven ga oss nyttig informasjon om hvordan vi kan tilrettelegge hverdagen, slik at belastningen kan bli mindre.

Møtet med ulike aktører innen helseforebygging og behandling satte oss i stand til å tenke i nye baner. Her er mulighetene mange, og det gjelder å samhandle riktig slik at vi utnytter dette.

Møtet med fastlegene i Grenland var lærerikt. Deres og våre utfordringer ble behørig belyst. Dialogen mellom lege, bedrift, NAV og sykemeldt vil være avgjørende for å redusere fraværet mest mulig.

Det å bli IA-bedrift og ved hjelp av prosjektet, har vært avgjørende for oss i forhold til å arbeide med sykefravær ved bedriften. Tidligere lot vi den sykemeldte være i fred. Ved å vise at både ledere og tillitsvalgte bryr seg, opplever vi at tilliten vokser. Det å gi en ansatt følelsen av at en er sterkt ønsket tilbake i arbeid er uvurderlig.

Læringskurven i prosjektet har vært bratt. Vi føler at systemene for å ivareta et inkluderende arbeidsliv er nå bra innarbeidet i bedriften. Utfordringer er fortsatt tilstede. Det å tilrettelegge for

annet arbeid i en sykemeldingsperiode er bl.a. noe vi må fokusere videre på. Arbeidsmiljøutvalget ved bedriften vil være en arena hvor sykefraværarbeid skal være et naturlig tema.

### 5.1.2 Bedrift B

- Hva har vi lært?

Hvordan de andre bedriftene i ICG driver sykefravær oppfølgingsarbeid. Presentasjon av tilbud fra diverse aktører innen helsesektoren. Bedre innsikt og forståelse av hva slags tilbud/ordninger som fins "der ute". Fokus på skiftarbeid og helse (foredraget til Kleiven). Viktig med tidlig involvering fra alle parter (bedrift/ansatt/lege). Samarbeid med alle involverte parter er essensielt for å få til gode løsninger for den sykemeldte og bedriften.

- Hva har fungert?

Skepsis i startfasen på hva slags utbytte vi ville få av prosjektet, men samarbeidet og åpenheten mellom bedriftene har fungert bra. Bra oppfølging/tilrettelegging fra prosjektledelsen sin side. Interessant med møte/dialog med fastleger.

- Hva gjør vi annerledes?

Bevissthets- og ansvarliggjøring av ledere for å få til best mulig tilrettelegging på arbeidsplassen. Fortsatt fokus på førstelinjeleder deltagelse i dialogmøter sammen med fastlege og sykemeldt.

### 5.1.3 Bedrift C

- Hva har vi lært?

At det lønner seg å ta tak i ting tidlig - bruke de instanser som er rundt oss, som bedriftshelse-tjenesten, Friskvern, Ibedrift, Raskere tilbake-ordningen.

- Hva har fungert?

Å ha tett oppfølging, bruke alle midler og kunnskaper. Mer fokus på tilrettelegging og vi har blitt flinkere til å søke om støtte fra NAV. Tilretteleggingstilskudd slik at enheten kunne leie inn ekstra personell for å avlaste aktuelle arbeidstakere fra særlig utfordrende arbeidsoppgaver.

- Hva gjør vi annerledes pga prosjektet i dag?

Involverer linjeledere i mye større grad, da det er de som er nærmest den ansatte/sykemeldte.

### 5.1.4 Bedrift D

- Hva har vi lært?

Innblikk i hva andre gjør. Nyttige samlinger om virkemidler og ordninger som kan benyttes, samt Magnar Kleivens foredrag om skiftarbeid og helse. Dialog er viktig og nødvendig, alle parter må på banen og samarbeide for å finne gode løsninger.

- Hva har fungert?

Etter en "bli kjent periode" fungerte erfaringsutveksling og diskusjoner greit i gruppen. Innspill vi har kommet med mht. samlinger etc. har blitt bra fulgt opp og gjennomført.



- Hva gjør vi annerledes?

”Tettere på” de syke enn tidligere. Kan skyldes prosjektet, men også et resultat av regelendringer, kortere frister etc. Sender brev til legene om tilretteleggingsmuligheter.

### 5.1.5 Bedrift E

- Hva har vi lært?

Bredere innsikt i industrien i Grenland. Vi kan lære av hverandre, da våre utfordringer er ganske like. Det finnes mange muligheter som arbeidsgivere kanskje ikke vet så mye om, som Raskere tilbake, Satteliten etc. Vi må involvere partene raskere (lege, NAV, leder og den ansatte)

- Hva har fungert?

Tidligere involvering. Tilrettelegging og gradering. Involvering av den tillitsvalgte er viktig

- Hva gjør vi annerledes pga prosjektet i dag?

Prosjektet har bevisstgjort oss i forhold til at industrien har de samme utfordringer i forhold til tilrettelegging.

## 5.2 Resultater del II: Tallenes tale

Da prosjektet ble igangsatt hadde Bedrift A et sykefravær på 7,7 %. Bedrift B hadde et sykefravær på 3,85 %, Bedrift C et sykefravær på 4,5 %, Bedrift D sykefravær på 4 %, og Bedrift E et sykefravær på 4,83 %.

Drøye to år senere viste de siste tallene til Bedrift E at virksomheten hadde hatt en svak stigning i sykefraværet, og at sykefraværet var gått opp til 4,48 %. Hvis man imidlertid leser tallene fra tredje kvartal 2010 til tredje kvartal 2012 var sykefraværet konstant på 4,83 % for begge perioder.

Bedrift D kunne to år etter prosjektets oppstart melde om nedgang i sykefraværet. Sammenligner man oktober 2010 med oktober 2012 var nedgangen i sykefraværet markant, fra 4 % i 2010 til 3,3 % i 2012. Men om man sammenligner tredje kvartal i 2010 med tredje kvartal 2012, som er et bedre mål, var nedgangen mindre, fra 4,8 % i 2010 til 4,6 % i 2012.

Bedrift C kunne i oppstarten av prosjektet i 2010 vise til et sykefravær på 4,5 %. Tredje kvartal samme år var imidlertid fraværet steget til 5,5 %. To år senere kunne bedriften imidlertid vise til et fravær på 4 % i andre kvartal og 4,7 % i tredje kvartal. Dette medfører at bedriften kunne vise til nedgang i sykefraværet fra andre kvartal 2010 til andre kvartal 2012, og fra tredje kvartal 2010 til tredje kvartal 2012.

Bedrift B hadde et sykefravær på 3,85 % ved prosjektoppstart i 2010, mens bedriften til samme tid i 2012 kunne vise til rekordlave 2,85 %. Denne bedriften har ikke ligget så lavt under hele prosjektperioden, men har i nesten hele prosjektperioden holdt sykefraværet på et meget lavt nivå.

Bedrift A – som fikk bedriftsbesøket omtalt i kapittel 4 – er bedriften som ved oppstart i 2010 hadde det høyeste fraværet, på 7,7 %. Denne bedriften er imidlertid også den som kan vise til mest

tilbakegang i løpet av prosjektperioden. Ved prosjektets avslutning kunne Bedrift A vise til et fravær på 5,9 %. Altså en betydelig nedgang.

### 5.3 Resultater del III: Har prosjektet virket etter hensikten?

Sykefraværarbeid er komplisert og årsaksfaktorene til at sykefravær går opp eller ned er mange. Noen ganger er det åpenbare årsaker til at fraværet stiger eller synker, mens det i andre tilfeller er helt eller delvis skjulte årsaker som spiller inn. Det er få eller ingen snarveier man kan ta når man arbeider med sykefravær (Wathne 2009).

I dette prosjektet kan fire av fem bedrifter vise til nedgang i sykefraværet, hvorav Bedrift A kan vise til en markant nedgang. Prosjektledelsen skal ikke tilskrive prosjektet all fortjeneste for de gode tendensene man kan se i dette materialet. Imidlertid har prosjektet gitt virksomhetene tilgang til mye kunnskap, samtidig som bedriftene har fått tilgang til hverandres erfaringer og måter å håndtere sykefravær på. Bedriftene forteller også om at de gjør flere ting annerledes i dag enn før prosjektet startet. Spesielt er tidlig involvering blitt et viktig stikkord for alle. Det er derfor rimelig å anta at dette prosjektet har bidratt til virksomhetenes gode tall, og at prosjektet derfor har hatt en virkning. Formålet med prosjektet var å redusere sykefraværet, og i prosjektperioden har det blitt redusert. Svaret på overskriftens spørsmål må derfor bli ja.

Caset med Bedrift A kan være illustrerende på at det er vanskelig å avgjøre hva som virker (mest): Ved det siste oppsummerende nettverksmøtet i desember 2012 fortalte den tillitsvalgte i Bedrift A om hva som hadde vært viktig for å lykkes med å redusere sykefraværet fra 7,7 % til 5,9 %, og tre parallelle prosesser ble av den tillitsvalgte trukket frem som helt sentrale for denne nedgangen: 1) bedriften hadde i løpet av prosjektperioden fått ny ledelse, 2) bedriften hadde i perioden også fått på plass en AI-avtale, og 3) dette prosjektet generelt og intervensjonen/bedriftsbesøket spesielt hadde bidratt til et helt nytt fokus på sykefraværarbeid i bedriften. Den tillitsvalgte tilskrev dette prosjektet 50 % av fortjenesten for at sykefraværet hadde gått ned.

Uten at prosjektledelsen skal ta på seg 50 % av fortjenesten for nedgangen i Bedrift As sykefravær viser dette imidlertid hvor vanskelig det er å identifisere hva som virker på hva, og i hvilken grad. Men det kan likevel slås fast at prosjektet har virket.

### 5.4 Resultater del IV: Spredning

Et viktig mål for prosjektet har vært spredning av kunnskap. I forhold til dette har prosjektet lyktes godt. Alle deltakerbedriftene i dette prosjektet er organisert i ICG-nettverket, og informasjon om prosjektet og kunnskapen som dette har generert har fortløpende blitt delt med hele ICG-nettverket (via ICG-nettverksmøter).

Videre har også spredningen nådd STiG-nettverket ved at deltakere i STiG-nettverket ble invitert til samlingen prosjektet holdt om offentlige ordninger (den 29. september 2011), og ved at deltakerbedriftene fikk delta på temamøte om psykisk helse den 22. mai 2012.

Dialogmøtet med legene fikk også virkning som et meget viktig informasjonsspredningstiltak da Tidsskriftet for den norske legeföreningen laget en sak om dette, og som på bakgrunn av Legeföreningens store medlemsmasse nådde ut til omtrent alle leger i Norge.

## 6. Konklusjon

Dette prosjektet må vurderes som en ubetinget suksess. Ikke bare på bakgrunn av resultatene, som alene viser at prosjektet har levert lavere sykefravær, som var prosjektets hovedformål.

Prosjektet er også en suksess fordi det har skapt ny kjennskap mellom virksomheter som allerede trodde at de kjente hverandre godt. Samarbeid på tvers av bedrifter er en styrke og også viktig for å fremme innovasjon (Storper 1999, Porter 2008, Sölvell 2009). Dette samarbeidsprosjektet har i så måte bidratt til et sterkere ICG-nettverk.

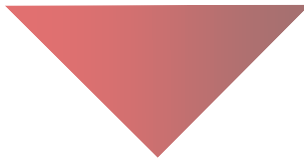
Videre har det blitt vedtatt i ICG-nettverket at sykefravær skal tas opp som tema minst en gang i året fremover. Prosjektet har altså ikke bare lyktes med å sette sykefravær på dagsorden; men gjort det på en måte som fordrer til at virksomhetene selv ønsker å bruke energi på dette. Dette initiativet har altså medført nye initiativer.

Dette prosjektet har også bidratt til å bygge bro mellom de som har sykemeldte og de som sykemelder: mellom virksomhetene og legene. Da prosjektet ble iverksatt var legene betraktet som en gruppe som var vanskelige å samarbeide med. Ved prosjektets avslutning var dette en samarbeidsrelasjon som ble betraktet med nye øyne. Legene på sin side mente at initiativet til dialogmøtet var såpass godt at det burde gjentas i andre sammenhenger hvor man opplever utfordringer i samarbeidet mellom virksomheter/andre aktører og sykemeldende leger.

Oppsummert kan prosjektet altså vise til å ha levert med god margin i forhold til hensikten med prosjektet, som var lavere sykefravær, samtidig som prosjektet har fulgt opp og ivaretatt de behov og ønsker som deltakerbedriftene har spilt inn underveis.

## Litteratur:

- Bolstad, B. (2007). *Gravid og i arbeid. Om tilrettelegging for gravide i jobb*. AiT Trykk A/S Otta. Idebanken – inkluderende arbeidsliv.
- Hensing, G., Andersson, L. & Brage, S. (2006). *Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution*. BMC Medicine 4, 1-9.
- Porter, M. (2008). *On Competition*. Boston. Harvard Business School Publ. Corp.
- Storper, M. (1999). The Resurgence of Regional Economics: Ten Years Later. I T.J. Barnes og M. Gertler (red.). *The New industrial Geography: Regions, Regulations and Institutions*. London. Routledge.
- Sölvell, Ö. (2009). *Clusters. Balancing Evolutionary and Constructive Forces*. Stockholm. Ivory Towers Publishers.
- Svare, H. (2008). *Den gode samtalen. Kunsten å skape dialog*. Oslo. Pax Forlag A/S.
- Thomson, P. & D. McHugh (2002). *Work Organisations*. New York: Palgrave.
- Wathne, C. (2009). *Hva kan vi lære av gode eksempler på sykefraværarbeid?* AFI-notatserie nr. 3, 2009.



# Arbeidsforskningsinstituttet

AFI er et tverrfaglig arbeidslivsforskningsinstitutt. Sentrale forskningstema er:

- Inkluderende arbeidsliv
- Utsatte grupper i arbeidslivet
- Konflikthåndtering og medvirkning
- Sykefravær og helse
- Innovasjon
- Organisasjonsutvikling
- Velferdsforskning
- Bedriftsutvikling
- Arbeidsmiljø

Publikasjoner kan lastes ned fra AFIs hjemmeside eller bestilles direkte fra instituttet.

Abonnement på nyheter kan bestilles via hjemmesiden:

[www.afi.no](http://www.afi.no)

Pt 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO  
Besøksadresse:  
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00  
Fax: 22 56 89 18  
E-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)  
[www.afi.no](http://www.afi.no)

