

9. IA-virkemidler

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

9.1 IA-avtalen

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

Hammer (2007)¹ viser for øvrig i en evaluering av IA-avtalen at til tross for at mange statlig og kommunale virksomheter har underskrevet IA-avtalen så har hver fjerde virksomhet ikke fulgt opp dette arbeidet i virksomheten.

Mye av fokuset i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv har vært konsentrert om delmål 1 - å redusere sykefraværet - og redusert sykefravær har også vært en viktig motivasjon for virksomhetene som har inngått IA avtale (Osborg Ose mfl. 2009). Forskning viser at virksomheter som har IA-avtale har høyere sykefravær enn virksomheter som ikke har IA-avtale og en vanlig forklaring på dette er at virksomheter som har valgt å undertegne IA-avtalen i utgangspunktet har et høyt fravær (Osborg Ose m.fl. 2009, Midtsundstad 2005², Hammer 2007). Forskning viser også at IA-avtalen har vært mindre effektiv i statlig og kommunal sektor sammenlignet med privat sektor. Osborg Ose m.fl. (2011)³ antyder at IA-avtalen muligens ikke er godt nok tilpasset kommunal sektor og begrunner dette med at det i kommunene ikke finnes arenaer, eller gode nok arenaer, for å arbeide med forebygging og mistrivsel.

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

² <http://www.fafo.no/pub/rapp/764/764.pdf>

³ <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A18235>

9.2 Verktøy og virkemidler for IA-virksomheter

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

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

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

Det er for øvrig ikke slik at alle IA-virksomheter mottar den samme oppmerksomheten og hjelpen fra NAV. Arbeidslivssentrene har begrensede ressurser og det innebærer at de ikke har anledning til å følge alle IA-virksomheter like tett. De foretar derfor ofte et strategisk utvalg av virksomheter og det er særlig enkelte større virksomheter med høyt sykefravær som får tettere oppfølging enn andre. Osborg Ose m.fl. (2009)⁴ viste at 63 prosent av rådgiverne oppga at deres hovedaktivitet i all hovedsak er rettet mot store virksomheter med flere enn 100 ansatte. Undersøkelsen viste også at mindre virksomheter i større grad kontakter NAV lokalt fremfor arbeidslivssentrene når de har spørsmål.

9.2.1 NAV Arbeidslivssenter og NAV lokalt

Rollefordelingen mellom NAV arbeidslivssenter og NAV lokalt er i noen fylker mindre tydelig enn i andre fylker. Det innebærer at enkelte rådgivere i arbeidslivssentrene, som primært skal jobbe systemrettet, også jobber individrettet. Det systemrettede arbeidet betyr at rådgiverne kun skal bidra med rådgivning overfor virksomhetene og at virksomhetene med eventuelt andre relevante aktører skal følge opp enkeltsaker. Denne ulike organiseringen fører til at virksomhetene mottar ulik hjelp avhengig av geografisk beliggenhet (Midtsundstad og Bogen 2011)⁵. Tidligere studier har vist at virksomhetenes kontakt med arbeidslivssentrene og forholdet til den utpekte kontaktpersonen har betydning for virksomhetenes bruk av tilretteleggingstilskuddet (Skog Hansen mfl. 2009)⁶. Agderforsknings evaluering av tilretteleggingstilskuddet i 2004 (Kvåle og Olsen 2004:20)⁷ viser at om lag en tredjedel av tiltakene det er søkt om midler til kommer fra den kommunale helse- og omsorgssektoren og at det særlig er fysisk og organisatorisk tilrettelegging det ble søkt om tilskudd til.

⁴ <http://www.seniormapolitikk.no/var/uploaded/images/FF-IA-avtale/IA-SINTEFF.pdf>

⁵ <http://www.fafo.no/pub/rapp/20201/20201.pdf>

⁶ <http://www.fafo.no/pub/rapp/20130/20130.pdf>

⁷ <http://www.agderforskning.no/reports/8-2004.pdf>

9.2.2 Tilretteleggingstilskuddet

Tilretteleggingstilskuddet er blitt ett av de mest brukte og etterspurte virkemidlene som er gjort tilgjengelige for IA virksomheter (Ose mfl. 2009, Skog Hansen mfl. 2009, Trygstad og Bråten 2011⁸). Tilskuddet skal fungere som en kompensasjon for de merutgiftene virksomheten måtte ha i forbindelse med tilrettelegging av arbeidet for arbeidstakere med helseproblemer eller redusert arbeidsevne, for å hindre sykefravær eller utstøtning. Tilskuddet kan brukes både til gruppetiltak (systemtiltak) og individuelle tiltak slik som tilrettelegging av den enkeltes arbeidsplass, opplæring i nye arbeidsoppgaver, utgifter knyttet til arbeidsutprøving, tilskudd til kurs og andre kortere opplæringstiltak/arbeidstrening, merutgifter til vikar/ekstrahjelp, og i enkelte særskilte tilfeller til transportutgifter og til tiltak for grupper av ansatte som har samme behov for tilrettelegging. Tilskuddet kan også brukes til kjøp av gjenstander eller hjelpemidler til bruk i arbeidet så fremt disse ikke dekkes etter folketrygdoven § 10-5. Det innebærer at arbeidstakere som ikke fyller vilkår om varig sykdom, skade eller lyte kan få tilgang til arbeidshjelpemidler.

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

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

Osborg Ose (2010)⁹ viser i en kunnskapsstatus at det eksisterer lite forskning på feltet tilrettelegging og oppfølging av sykemeldte.

9.2.3 Bedriftshelsetjenesten (BHT)

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

⁸ <http://www.fafo.no/pub/rapp/20213/20213.pdf>

⁹ <http://www.sintef.no/uploadpages/31462/A14516.pdf>

godt samarbeid med bedriftshelsetjenesten rapporterte også om at de hadde igangsatt flere IA-tiltak.

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

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

9.2.4 Samhandling

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

Samhandling – norske kommuner

Sintefs evaluering av IA-arbeidet i norske kommuner (Osborg Ose 2011) undersøkte blant annet ulike former for samarbeid og i hvilken grad dette samarbeidet la til rette for involvering og medvirkning i spørsmål knyttet til arbeidshverdagen innenfor pleie- og omsorg. Funnene er basert på data fra intervjuer i seks kommuner og fra kvantitative data fra 500 kommunale enheter i forbindelse med evalueringen av IA-avtalen. Funnene viste blant annet at det er store variasjoner i bruk av utvalg og arenaer for samarbeid og dette innebærer at kommunene vil ha ulike forutsetninger for å drive godt sykefraværs- og inkluderingsarbeid. De store variasjonene som ble funnet i de seks casekommunene ble begrunnet ut fra manglende forståelse og kunnskap om hva slike fora kunne brukes til. Det påpekes at disse variasjonene vil legge føringer på arbeidet med sykefraværsforebygging og det lokale IA-arbeidet. Variasjoner knyttet til sammensetningen av de ulike utvalgene/arenaene har betydning for legitimiteten i det arbeidet som blir utført. Evalueringen fremhever at det finnes mange meninger om samarbeidet med sykemeldende lege, men at disse vil variere fra person til person og i forhold til hvilket nivå man er på i kommunen. Det vises til misnøye med innsatsen til legene i sykefraværsarbeidet, mange mener kommunikasjonen med legene ofte er dårlig eller helt fraværende og at det er vanskelig å komme i kontakt med lege/sykemelder. I små kommuner møter man utfordringer knyttet til nære

bånd og relasjoner. Personlig kjemi kan også bidra til gode eller dårlige samarbeidsforhold. Det påpekes for øvrig også av de intervjuede i casekommunene at legene ikke er den viktigste aktøren i dette arbeidet, men at det er den lokale arbeidsplassen som må utarbeide strategier for å forebygge sykefravær og hindre utstøting.

Arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen

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

Samhandling - arbeidsgivere, BHT, NAV og leger

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

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

En undersøkelse fra Sintef (Osborg Ose m.fl. 2012) påpeker at det finnes svært lite forskning som undersøker samarbeidet mellom leger og andre aktører i sykemeldingsarbeidet og at det særlig gjelder samarbeidet mellom leger og arbeidsgivere. Fra regelendringene som inntrådte 1. juli 2011 ble det lovfestet samarbeid mellom leger og arbeidsgivere. Arbeidsgiver har rett til å kalle inn ikke bare legene, men også BHT og arbeidstakeren til dialogmøte - som etter regelendringen er flyttet fra uke 12 til uke 7. I tillegg skal arbeidsgiver sende de sykemeldtes oppfølgingsplaner til gjeldene lege. Mange leger er skeptiske til endringene og Osborg Ose m.fl. (2012) viser at det er flere grunner til at den kommunikasjonen man nå forventer mellom arbeidsgiver og lege er utfordrende og peker blant annet på legens taushetsplikt, legens kunnskap om den enkelte arbeidsplass og legens tidsressurser. Legen har heller ikke et system for å ta i mot oppfølgingsplanene (som kommer per vanlig post) og planene inneholder ikke nødvendigvis den informasjonen legen trenger for å foreta sin vurdering. Et annet punkt er at mange arbeidsgivere ikke har forståelse for legens arbeidshverdag og dermed ikke tar hensyn til at tidspunkt for dialogmøter må planlegges i god tid. Osborg Ose m.fl. (2012:16) påpeker også at det i forskningslitteraturen finnes motstridende funn når det gjelder sammenhengen mellom kjennetegn ved legene og sykemeldingstilbøyelighet.

Ny sykemeldingsblankett

I 2008 ble det innført en ny sykemeldingsblankett med den hensikt å bedre kommunikasjonen mellom sykemelder, arbeidsgiver og NAV om den sykemeldtes arbeidsevne og mulig tilrettelegging, for at den sykemeldte kan komme raskere tilbake til arbeid, eller delvis være i arbeid med helseproblemer. En evaluering av sykemeldingsblanketten som kommunikasjonsmiddel viste blant annet at flertallet av arbeidsgiverne vurderer legenes informasjon som lite nyttig fordi den oppleves å ha liten relevans, og fordi den kommer for sent i sykemeldingsforløpet (Bråthen og Moland 2011)¹⁰. Legene oppgir på den annen side at de svært sjelden opplever å få informasjon fra arbeidsgiver via sykemeldingsblanketten. Evalueringen konkluderer med at det ligger et betydelig potensial for økt dialog via sykemeldingsblanketten og en rekke tiltak skisseres for å bidra til at blankettens potensiale realiseres: Arbeidsgiver og arbeidstakere må få mer informasjon om mulighetene som ligger i blanketten, samtlige aktører bør tilstrebe å gi mer informasjon gjennom blanketten på et tidligere stadium i sykefraværprosessen, NAV bør gjennomføre opplæringstiltak for legene, NAV bør etterspørre bruk av kommunikasjonsfeltene, aktørene må komme frem til felles virkelighetsforståelse og betydningen av egen innsats for de andre aktørene må komme tydeligere frem.

Evalueringen viste også at avventende sykemelding er lite kjent blant arbeidsgiverne og arbeidstakerne og at legene foretrekker bruk av gradert sykemelding fremfor avventende sykemelding. Avventende sykemelding gjelder i arbeidsgiverperioden, altså de første 16 dagene av sykefraværet. Det er en melding til arbeidsgiver om at dersom arbeidet tilrettelegges så kan medarbeideren unngå sykemelding. Hvis medarbeideren/pasienten har litt funksjonsevne og kan arbeide noe skal man bruke gradert sykemelding. Sykemeldingsblanketten gir legen muligheter for å konkretisere hva medarbeideren/pasienten kan utføre av arbeidsoppgaver gitt helsetilstanden til pasienten. På bakgrunn av dette kan arbeidsgiver foreslå tilretteleggingstiltak som legen kan foreta en vurdering av sett i lys av pasientens helsetilstand (www.nav.no). Legene mener gradert sykemelding legger mer press på arbeidsgiverne enn bruk av avventende sykemelding, at ordningen er mer kjent både blant arbeidsgivere og arbeidstakere og at ordningen mer mindre komplisert enn avventende sykemelding (Bråthen og Moland 2011).

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

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

¹⁰ <http://www.fafo.no/pub/rapp/20195/20195.pdf>

Raskere tilbake - iBedrift

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

Samhandling - danske eksempler

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

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

Spesialisterklæringen tok stilling til følgende:

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

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

En annen dansk undersøkelse (Center for Arbejdsfastholdelse 2008)¹¹ har sett nærmere på legens muligheter for å henvise pasienter til en rask, koordinert tverrfaglig rådgivning. Prosjektet varte i tre år fra 2004-2007 og var en tverrfaglig og tverrsektoriell modell for arbeidsfastholdelse i samarbeid med lege og virksomheter. Et av de viktigste kriteriene i intervensjonen var at innsatsene skulle settes i gang raskt etter henvisning fra lege og at man skulle involvere flere fagpersoner helt fra begynnelsen. Dette skulle skje parallelt med trening, samtaler hos psykolog, lege, sosial-/arbeidsmarkedsfaglig konsulent (NAV-rådgiver) og samarbeid med arbeidsplassen og kommunen. Undersøkelsen viste at legene gjerne vil henvise pasientene til rådgivning, men de vil ikke stå for arbeidsmarkedsrådgivningen selv. Funnene viste at legene ikke ønsket å nedtegne hvilke oppgaver den ansatte kunne utføre. Dette ble begrunnet med at legen ikke har god nok kunnskap om den enkeltes arbeidsforhold og at de ikke ønsket å bidra til å skade pasienten ved at de skrev uheldige ting. Undersøkelsen avdekket også at legene ikke ønsket å møte opp på den enkeltes arbeidsplass fordi det praktisk er svært vanskelig å få til.¹² Videre viste funnene at det er behov for en tverrfaglig og tverrsektoriell tilgang til løsninger som bør være utenfor kommunens og «NAV»s kontroll - det vil si ansvarlig myndighet for utbetaling av sykepenger. Det anbefales at det opprettes et senter som leger, spesialister og sykehusleger kan henvise pasienter til og et slikt senter bør opprettes i tilknytning til en arbeidsmedisinsk klinikk:

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

¹¹ <http://vidensnetvaerket.dk/projekter/jobformidling-1/en-tidlig-indsats>

¹² Disse funnene om legenes forhold til arbeidsplassen er også gjort i norske studier, blant annet i Moland 2005 og Bråthen og Moland 2011

9.2.5 IA-tiltak og effekter

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

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

NOVA har i en studie om inkluderende arbeidsliv i praksis undersøkt hvilke tiltak i offentlige og private virksomheter som påvirker sykefraværet. Det er undersøkt i hvilken grad IA-virksomheter skiller seg fra andre virksomheter når det gjelder organisering og personalpolitikk og respondentene har blitt spurt om deres praktisering av IA-avtalen. De finner små forskjeller mellom virksomheter med og uten avtale, men IA-virksomhetene har i større grad gjennomført tiltak for de langtidssykemeldte og for ansatte med nedsatt funksjonsevne. Disse virksomhetene har også i større grad gjennomført tiltak for å holde på seniorenene. Funnene antyder at IA-avtalen og tiltak for personer med sviktende helse ikke har hatt betydning for sykefraværet. Det som ser ut til å være av størst betydning er opplæringsnivå. Med det menes: «hvor lang tid det tar å lære opp hovedarbeidsstyrken i bedriften» (Hammer 207:37). Undersøkelsen viste også at større endringer i virksomheten slik som omorganiseringer (og oppbemanning og nedbemanning) har negativ effekt på sykefravær.

Temaområde: Sykefravær – IA-tiltak			
Forfatter/tittel/lenke	Datagrunnlag	Type virksomhet/sector	Type publikasjon
Osborg Ose m.fl. (2009): Evaluering av IA-avtalen (2001-2009).	Registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer	IA-virksomheter og andre virksomheter	Rapport. Sintef
Skog Hansen mfl. (2009): Hjelpemidler og tilrettelegging i arbeidslivet.	Spørreundersøkelse, intervjuer bl.a. med hjelpemiddelsentraler, arbeidslivssentre, BHT og kommunale arb.givere		Rapport. Fafo
Trygstad og Bråten (2011): Tilrettelegging i arbeidslivet.	Spørreundersøkelse, intervjuer	Ulike bransjer og sektorer	Rapport. Fafo
Kvåle og Olsen (2004): Evaluering av tilretteleggingstilskuddet.	Registerdata, intervjuer	Primært IA-virksomheter –	Rapport. Agderforskning
Midsundstad og Bogen (2011): Ulikt arbeid – ulike behov. Seniorpolitisk praksis i norsk arbeidsliv.	Casestudier, spørreundersøkelse, intervjuer	Sykehjem, industri, ingeniørvirksomheter,	Rapport. Fafo

		statlige forvaltningsorga n	
Ellingsen m.fl. (2010): Arbeidsrettede tiltak ved helseplager og sykefravær.	Kunnskapsstatus		Rapport. Iris
Hammer (2007): Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv.	Data fra bedriftsregisteret	Alle	Rapport. NOVA
Osborg Ose m.fl. (2011): Inkluderende arbeidsliv i kommunene.	Arbeidsgiver- og arbeidstaker-registeret, intervjuer, spørreskjema, data fra IA-evalueringen	Kommunal pleie- og omsorgssektor	Rapport. Sintef
Osborg Ose (2010): Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag.	Kunnskapsstatus	Flere	Rapport. Sintef
Almlidutvalget (2010): Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværsreform. ¹³	Vurdering av administrative tiltak for å redusere sykefraværet		Rapport.
Bråthen og Moland (2011): <i>Samarbeid mellom leger og arbeidsgivere i sykefraværarbeidet. Evaluering av sykmeldingsblanketten ...</i>	Dokumentanalyse, intervjuer, surveys, registerdata	Fylker	Rapport. Fafo
Steen Mortensen m.fl. (2007): «Arbejdsfastholdelse gennem øget samarbejde mellem virksomhedsleder, socialforvaltning og læger».	Multidisciplinær intervensjonsstudie. Kvalitative og kvantitative data. Tre og tolv måneders oppfølging. Intervensjonsgruppe og kontrollgr.	Ingen spesifikk	Rapport.
Center for Arbejdsfastholdelse (2008): Tværfaglig rådgivning til læge, virksomhed og ansat	Evaluering av utviklingsprosjekt i perioden 2005-2007. Intervjuer med ansatte og pasienter.	Ingen spesifikk	Evalueringsrapport. Center for Arbejdsfastholdelse

10. Tiltakene gradert sykemelding

¹³ http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rapporter_planer/rapporter/2010/Tiltak-for-reduksjon-i-sykefravar-Aktiviseringsog-narvarsreform.html?id=592648